

病児保育事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

坂井市長 様

長様 (住民登録が他の市町の場合に記入)

記入者 住所 坂井市

氏名

緊急連絡先

4月以降の利用 あり なし わからない

次のとおり病児保育事業の利用を申請します。利用にあたって以下の事項に同意します。(☑してください)

- 利用児童及び保護者の住民登録がある市町において、世帯状況、生活保護受給、住民税、児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費助成、施設等利用給付認定、などの情報を利用料算定のために調査し、実施施設と共有すること。
 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得てから併設病院等で治療を行うが、連絡がつかなかった場合でも治療を行うこと。

補助の区分 (該当あれば☑) 就学前第2子以降の子 就学前多胎児の第1子 生活保護世帯 住民税非課税世帯
 児童扶養手当受給世帯・ひとり親医療費助成 施設等利用給付認定者
ふりがな
利用児童氏名 (第 子) 男 女 生年月日 年 月 日 歳 か月
通園・通学先 保育所・園 こども園 幼稚園 小学校
利用希望日時 月 日 時 ~ 月 日 時 分
現在の病状 発熱(°C) 発疹 咳 鼻水、鼻づまり 嘔吐・吐き気
 下痢 けいれん その他()
アレルギー 食物アレルギー なし あり()
薬物アレルギー なし あり()
その他アレルギー なし あり()
利用児童の今の状態 食欲： あり なし 機嫌： 良い 悪い 睡眠： 十分 不十分
その他 体質・くせなどの心配なこと、配慮して欲しいことがあれば具体的にご記入ください

医師連絡票

病児保育事業実施施設 / 併設病院 様

年 月 日

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

病名
安静度 ベッド上安静 隔離室で隔離
 室内安静 (ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びは可)
 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)
投薬および指示事項 【投薬等】保育室での投薬(あり・なし) 解熱剤：座薬・内服薬
【指示等】
受け入れの可否 病児保育 可 否 病後児保育 可 否
医療機関名及び医師署名

※実施機関記入欄【実施施設名：】

Table with columns for utilization days (utilization days, half days), individual burden (personal burden), utilization days (utilization days), and total (total). Includes checkboxes for '通常' (normal), '第2子以降' (from 2nd child onwards), '多胎児第1子' (multiple birth 1st child), '住民税非課税世帯・生活保護世帯' (resident tax non-taxable household/life protection household), '児童扶養手当受給・ひとり親医療費助成' (child support allowance recipient/sole parent medical cost assistance), and '施設等利用給付認定者' (facility utilization benefit recipient).