

病児保育事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

坂井市長 様

あわらし 長様 (住民登録が他の市町の場合に記入)

記入者 住 所 あわらし

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☑)
 \square 就学前第2子以降の子 \square 就学前多胎児の第1子 \square 生活保護世帯 \square 住民税非課税世帯
 \square 児童扶養手当受給世帯・ひとり親医療費助成 \square 施設等利用給付認定者
ふりがな
利用児童氏名 (第 子) \square 男 \square 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 ~ 月 日 時 分 ~ 時 分
現在の病状 \square 発熱(°C) \square 発疹 \square 咳 \square 鼻水、鼻づまり \square 嘔吐・吐き気
アレルギー 食物アレルギー \square なし \square あり()
薬物アレルギー \square なし \square あり()
その他アレルギー \square なし \square あり()
利用児童の今の状態 食欲： \square あり \square なし 機嫌： \square 良い \square 悪い 睡眠： \square 十分 \square 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 \square ベッド上安静 \square 隔離室で隔離
 \square 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)
 \square 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】 室内での投薬(あり/なし) 解熱剤：座薬・内服薬
受け入れの可否 病児保育 \square 可 \square 否 病後児保育 \square 可 \square 否
医療機関名及び医師署名

*実施機関記入欄【実施施設名： すくすくハウス】

Table with columns for Utilization Date (Utilization Day), Medical Condition (Illness/Post-illness), Individual Burden (Personal Burden), Number of Utilization Days (Number of Utilization Days), and Total (Total). Includes checkboxes for 'Usual' and 'From the 2nd child onwards'.