

別記様式(第10条関係)

白杵市病児保育事業利用(変更)申請書

白杵市長

殿

年 月 日

(保護者記入欄)※病児保育予約システムを利用する場合は、対象児童欄の児童氏名と生年月日のみ記載してください。

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先		
	携帯電話 ( )			TEL ( )		
	携帯電話 ( )			TEL ( )		
	利用事由	1.勤務の都合 2.傷病 3.事故 4.出産 5.冠婚葬祭等 6.その他( )				
	利用期間	当初	年	月	日	～ 年 月 日
		追加	年	月	日	～ 年 月 日
	利用料 軽減の 有無	生活保護世帯に該当 する ・ しない ※該当する場合は、生活保護受給者証 又は診療依頼証を提示してください。				
市民税非課税世帯に該当 する ・ しない ※該当する場合は、世帯員全員に係る直近の 年度分の課税証明書を提出してください。						
1.本利用申請書の記載事項について、関係施設、関係市町村に情報提供することに同意します。 2.利用料減免対象の審査のため、白杵市の保有する保護者及び同一世帯員の税務資料、住民基本台帳等を公 簿にて確認することに同意します。						
対 象 児 童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			( 歳 か月)		
				年 月 日		
	住所(〒 - ) 大分県					
	(通所施設等の区分) 1.認可保育施設等(※)、企業主導型保育 (※認可保育所、認定こども園、小規模・事業所内・家庭的保育事業) 2.認可外保育施設(ベビーシッター、認可外の事業所内保育を含む。) 3.幼稚園 4.小学校( 年生) 5.家庭監護			(通所施設等の名称) 保育所(園) こども園 幼稚園 小学校		
	*アレルギーの有無(有・無) *アレルギー食品(卵・大豆・牛乳・その他( ))					
	(かかりつけ医)		担当医師名			
医療機関名		(TEL)				

(医療機関記入欄)

病名		診断日	年 月 日
現状	1. 病気の回復期に至っていない 2. 病気の回復期		
指示事項	隔離の必要	有 ・ 無 ※該当する方を丸で囲ってください。	
	特記事項 ※配慮を要する事項等ある場合は、 記入してください。		
診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。 医療機関所在地 名称 診断医師名			

【事業利用に関する同意事項】

1. 病児・病後児保育事業の利用期間中は、(利用実施者)の指示に従います。
2. (事業実施者)の医師が必要と認めたときは、申込時及び病児病後児保育期間中に(事業実施者)の診療(通常の診療)を受けることを承諾します。
3. 児童の状態が変化して本事業での対応が困難になったとき、又は(事業実施者)が利用を不適当と認めたときは、本事業の利用の中止に同意します。
4. お薬手帳のとおり、保護者に代わり保育者が与薬することを承諾します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(自署又は記名押印)

【事業実施者承諾欄】

白杵市長 殿	下記のとおり、当施設への利用を承諾します。 利用期間        年   月   日 ~        年   月   日(       日間)				
	施設名 施設長名	印 (自署又は記名押印)			
病名・症状 (番号に○)	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 気管支喘息・喘息性気管支炎 4 扁桃炎 5 ヘルパンギーナ 6 手足口病 7 感染性胃腸炎 8 ロタウイルス腸炎 9 中耳炎 (病名不明時)	10 水痘・带状疱疹 11 流行性耳下腺炎 12 風しん 13 インフルエンザ(A型・B型・不明) 14 咽頭結膜熱(アデノウイルス感染症) 15 溶連菌感染症 16 RSウイルス感染症 17 伝染性膿痂疹 18 その他(病名:            )			
	19 発熱   20 下痢   21 嘔吐   22 喀痰   23 喘鳴   24 発疹				
指示事項	1 ベッド上安静   2 普通保育   3 かくり   4 その他(            )				
現在の 投薬処方	(Blank space for medication prescription)				
保育上の 留意点	(Blank space for childcare points)				