

病児保育事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

福井市 長様

長様 (住民登録が他の市町の場合に記入)

保護者 住所

氏名

連絡先  
(緊急連絡先)

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、市町村民税、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	施設等利用給付認定 ひとり親家庭等医療費等受給世帯(市内児のみ)	第2子以降の子(就学前)	多胎児で第1子(就学前) 児童扶養手当受給世帯(市内児のみ)
ふりがな		男 女	生年月日 年 月 日 歳 か月
利用児童氏名	(第 子)		
在籍施設名	保育所・園 こども園 幼稚園 小学校		
現在の病状	発熱( ) 発疹 咳 鼻水、鼻づまり 嘔吐、吐き気 下痢 けいれん その他( )		
既往歴・アレルギー	麻しん 風しん 水ぼうそう おたふくかぜ 熱性けいれん 喘息 突発性発疹 アトピー性皮膚炎 その他( ) アレルギーの有無: あり( ) なし		
同居家族の情報	氏名	生年月日	氏名 生年月日
	(父)	年 月 日	(母) 年 月 日
	(祖父)	年 月 日	(祖母) 年 月 日

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	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 3. 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) 4. 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	保育室での投薬(あり・なし) 解熱剤: 座薬・内服薬 (指示)			
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・(医師名)署名				

事務処理欄【実施施設名: \_\_\_\_\_】

利用日	病児	/	/	/	/	/
	病後児	/	/	/	/	/
区分	個人負担金		利用日数		合計 ×	
2,000円 2,000円(施設等利用給付認定) 第2子以降 多胎児 子どもh 子どもs 安心k	円		日		円	