

矢板市病後児保育事業利用申請書

年 月 日

矢板市長 様  
病後児保育実施施設長 様

申請者 住 所 矢板市

(保護者)氏 名

病後児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

|                                      |                                                   |      |       |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|------|-------|
| ふりがな                                 |                                                   | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児童氏名                                 |                                                   | 性 別  | 男 ・ 女 |
| 現在通う小学校・保育所等の名称                      |                                                   |      |       |
| 児 童 を 看 護 で き な い 理 由<br>(あてはまるものに○) | 1. 保護者の勤務の都合    2. 保護者の傷病    3. 冠婚葬祭<br>4. その他( ) |      |       |
| 利用希望<br>期 間                          | 年 月 日～ 年 月 日まで 「 」日間<br>時 分 ～ 時 分 まで 「 」時間        |      |       |

|           |     |      |    |  |    |  |
|-----------|-----|------|----|--|----|--|
| 保護者<br>①  | 氏名  |      | 続柄 |  | 携帯 |  |
|           | 勤務先 | 電話番号 |    |  |    |  |
| 保護者<br>②  | 氏名  |      | 続柄 |  | 携帯 |  |
|           | 勤務先 | 電話番号 |    |  |    |  |
| 緊急<br>連絡先 | 氏名  |      | 続柄 |  | 携帯 |  |
|           | 勤務先 | 電話番号 |    |  |    |  |

|      |                                       |
|------|---------------------------------------|
| 世帯区分 | 1. 生活保護世帯    2. 市民税非課税世帯    3. その他の世帯 |
|------|---------------------------------------|

※生活保護世帯または市民税非課税世帯に該当する方は、該当することが証明できる書類(市民税非課税証明書など)をお持ちになるか、実施施設にその旨を申し出てください。実施施設から矢板市に確認します。

(裏)

|           |                                                                           |                                                                                                                                                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 主治医       | 医療機関名                                                                     |                                                                                                                                                     |
|           | 担当医師名                                                                     |                                                                                                                                                     |
|           | 医療機関連絡先                                                                   |                                                                                                                                                     |
| 主な症状      | 1. 病名( )<br>2. 投薬を受けて<br>(いる _____ ・いない)<br>3. 常備薬を飲んで<br>(いる _____ ・いない) | 4. 症状(あてはまるものすべてに○)<br>発熱・発疹・咳・のどの痛み・鼻水・<br>腹痛・下痢・けいれん・吐き気・<br>食欲低下・頭痛・目やに<br>その他( )                                                                |
|           | 既往歴                                                                       | 1. 熱性けいれん：初回      歳      月<br>最後      歳      月（これまでに      回）<br>2. ぜんそく：服薬（毎日・発作時のみ・ない）<br>吸入（毎日・発作時のみ・ない）<br>3. その他(体質やくせなど心配なこと、配慮して欲しいこと)<br>( ) |
| 児童に対する留意点 | 予防接種                                                                      | (接種済に○)<br>ロタ、小児肺炎球菌、B型肝炎、BCG、四種混合または五種混合、日本脳炎、<br>水痘、麻しん風しん(MR)、ヒブ、その他( )                                                                          |
|           | 食事の状況                                                                     | 1. 授乳状況 授乳時間・回数 ( )<br>2. 離乳状況・回数 ( 前期 ・ 中期 ・ 後期 )<br>3. 食事制限(アレルギーによる食事制限等)( )<br>4. その他( )                                                        |

## 同意書

私は、病後児保育事業を利用するに当たり、下記の事項について同意します。

- 1 保育中に病状の変化があったときの対応について
  - ・保育中に病状が急変する等、緊急を要する事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。
  - ・保育中に病状の再発等の理由により、保育の継続ができない状況と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養をさせるため迎えに来ること。
- 2 保育中の病状の急変等に対し実施される医療行為を了承すること。
- 3 世帯区分把握のため、矢板市が世帯の課税状況を調査し、結果を施設へ通知すること。

年 月 日

保護者氏名

児童氏名