様式第１号（第４条関係）

該当欄に〇を付してください

新規	変更	再交付

※１　変更の場合は、「申請者」、「【重要】（同意）」欄と変更箇所を記載してください。

※２　再交付の場合は、「申請者」、「子どもの氏名」、「生年月日」、「【重要】（同意）」欄を記載してください。

胎内市病児・病後児保育利用登録申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）胎内市長

申請者	住所	〒　－
	氏名	（続柄:　　）

胎内市病児・病後児保育事業を利用したいので、胎内市病児・病後児保育事業実施要綱（以下「要綱」という。）第４条の規定により、次のとおり登録を申請します。

【重要】

1. 利用料決定のため、胎内市が保有する生活保護法に規定する保護の状況又は世帯の税額について調査することに同意します。

2. 市外在住者で生活保護世帯又は市民税非課税世帯（注1）に該当する場合は、生活保護受給証明書又は住民税非課税証明書を提出してください。提出がない場合は通常料金となります。（注2）

注1：住民税非課税世帯とは、4月から6月までは前年度分、7月から翌年3月までは当年度分の課税状況（世帯全員分）を用います。4月から6月の利用時に本申請をした方も、引き続き7月以降に利用する場合は再度証明書の提出が必要になります。

注2：要綱第８条の規定により利用料の負担の軽減の対象となる場合であっても、軽減を受けることができなくなります。

3. 本利用登録申請書の記載事項について、県及び関係市町村に情報提供することに同意します。

氏名：　　㊞

（署名又は記名押印）

ふりがな 子どもの氏名			生年月日	年　　月　　日　生	
住　所	申請者住所と同じ				
通園している保育園・こども園名、通学している学校名	・　なし				
子どもの健康状況	運動の障がい（あり・なし）	言語の障がい（あり・なし）	情緒の障がい（あり・なし）	知能・身体の発達（否・良）	
かかりつけの病(医)院名					

緊急連絡先	順位	氏名	続柄	勤務先等名称	電話番号
	1				勤務先　－　－ 自　宅　－　－ 携　帯　－　－
	2				勤務先　－　－ 自　宅　－　－ 携　帯　－　－
	3				勤務先　－　－ 自　宅　－　－ 携　帯　－　－

※裏面も忘れずに記載してください。

（裏）

お子さんの状態について詳しくお聞きします。（該当するものに「○」を付け又は記入してください。）	
これまでにかかった主な感染症	・インフルエンザ　・百日咳 ・麻疹　・流行性耳下腺炎（おたふく） ・水痘（水ぼうそう）　・咽喉結膜熱（アデノウイルス） ・溶連菌感染症　・手足口病　・ヘルパンギーナ ・伝染性紅斑（りんご病）　・突発性発疹　・結核 ・肺炎　・その他（　　）
基礎疾患	・気管支喘息　・アトピー性皮膚炎　・じんましん ・心臓病　・腎臓病　・川崎病 ・けいれん　・その他（　　）
	・熱性けいれん　あり（今まで　　回くらい、最後　　年　　月頃） なし
食物アレルギー	あり（その内容：　　）　・　なし ⇒「あり」の場合　食事制限　（あり　・　なし）
その他	お子さんの性格、体質やくせなど、心配なこと、配慮してもらいたいことがありましたら、具体的にお書きください。

注）

1　胎内市病児・病後児保育利用登録申請書のほか、別紙「同意書」についても併せて提出願います。

2　必要に応じて、母子手帳の写しを求める場合がありますので、ご了承願います。

3　個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び胎内市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和５年条例第11号）の規定に基づき、登録申請により取得した個人情報は、本事業の目的以外に利用しません。

市役所記載欄（申請者は記入しないでください。）

受付印	実施施設に配付年月日	年　月　日		
	同意書	あり　・　なし（　　）		
	母子手帳の写し	あり　・　なし（　　）		
	生活保護受給証明書	あり　・　なし（　　）		
	非課税証明書	あり　・　なし（　　）		
	利用料負担区分	６月まで	全額負担　・　1/2減額　・　全額減免	
		７月以降	全額負担　・　1/2減額　・　全額減免	
	登録番号		性別	男　・　女
備　考				

同　意　書

胎内市病児・病後児保育事業の利用に際しては、胎内市病児・病後児保育事業実施要綱に記載している内容について承諾するとともに下記事項について同意します。

1　市及び実施施設の過失による事故を除き、一切の異議を申し立てないこと。

2　実施施設の利用中は、施設職員の指示を守ること。

3　実施施設は細心の注意を払い、病児保育事業を実施しますが、保育室内で児童同士の感染が起こった場合や対象児童の症状が急激に変化した場合においても、市及び当該実施施設は責任を負わないこと。

4　対象児童の症状が急激に変化した場合には、保護者は至急子どもの引き取りを行うこと。

5　緊急時には保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること又は保護者と連絡が取れない場合においても、これらが行われることがあること。

6　５により医療機関で受診、治療、処置が行われた場合に発生する医療費、車賃等の費用については、保護者が全額負担すること。

7　胎内市病児・病後児保育利用登録申請書の写しを病児保育事業の実施施設に提供されること。

8　５により医療機関で受診、治療、処置が必要となった場合、医療法人社団共生会中条中央病院の小児科医師が勤務している場合は、当該医師における受診、治療、処置等を行うことに

⇒（**・承諾します。　　・かかりつけ医を受診するので承諾しません。**）

年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（署名又は記名押印）