

様式第1号（第4条関係）

該当欄に○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	胎内市
	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】利用者が負担する費用の算定のために必要な場合、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。（注：同意いただけない場合は、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、軽減を受けることができなくなります。）

氏名： 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	胎内市					
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 (良・否)			
かかりつけの病(医)院名	1						
	2						
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	<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザ ・麻疹 ・水痘 (水ぼうそう) ・溶連菌感染症 ・伝染性紅斑 (りんご病) ・肺炎 ・百日咳 ・流行性耳下腺炎 (おたふく) ・咽喉結膜熱 (アデノウイルス) ・手足口病 ・突発性発疹 ・その他 () ・麻疹 (はしか) ・ヘルパンギーナ ・結核
基礎疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・気管支喘息 ・心臓病 ・けいれん ・アトピー性皮膚炎 ・腎臓病 ・その他 () ・じんましん ・川崎病
	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> あり (その内容:) ⇒「あり」の場合 食事制限 (あり) ・ なし ・ 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 胎内市個人情報保護条例 (平成 17 年条例第 12 号) の規定の趣旨に基づき、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 ()		
	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。)

【※8の項目は、胎内市病児・病後児保育の実施施設が医療機関でない場合は、記載不要とします。】

年 月 日

住所 胎内市 _____

氏名 _____ (印)