

（表）

野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）利用申込書

年 月 日

野洲市長 様

代表保護者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）を利用したいので、野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）実施要綱第6条の規定により、同意書を添えて申し込みます。

ふりがな		年齢	保育園（所）名・幼稚園名・小学校名
児童名 生年月日	年 月 日生（男・女）	歳	
代表保護者のお勤め先 （住所が市外の保護者のみ）	所在地 名 称 （就労証明書を提出してください。）		
世帯全員の氏名 （児童は除く。）	続 柄	住 所	緊急連絡先 （保育中に必ず連絡可能な連絡先を記入してください。）
			— —
			— —
			— —
希 望 利 用 期 間	月 日 ～ 月 日（最大連続7日間）		
現在の児童の状態について			
病 名			
主な症状	該当するものにレを記入してください。 （その他に出来るだけ症状を具体的に記入してください。） <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 { }		
利用者負担金について（市内在住者で下記に該当する場合のみレ点を記入してください。）			
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯等又は保護者が里親である世帯 （診療依頼書又は保護者が里親であるとわかる書類の写しを添付してください。） <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯であり、かつ、ひとり親世帯、身体障害手帳を有する世帯、療育手帳を有する世帯、精神障害者保険福祉手帳を有する世帯、特別児童扶養手当の支給を受けている世帯又は障害基礎年金を受けている世帯 （児童扶養手当証書、身体障害手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書又は障害基礎年金の支給を受けていることがわかる書類の写しを添付してください。）		
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税		

同意書

野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）実施要綱に基づく野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）を利用するに当たり、次のことについて同意します。

- 利用者負担金算定のため、私及び私の世帯に属する者の住民登録の状況、課税状況及び世帯状況に係る公簿（電算処理された情報）の閲覧並びに関係行政機関への資料提供を求めること。
- この事業の実施に必要な情報及び上記1の資料を実施施設に提供すること。
- 利用期間中は、実施施設の長の指示に従うこと。
- 児童の体調の変化により野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）の保育が中止され、必要に応じて医療機関において医療を施されること。

野洲市長 様

年 月 日

保護者名

印

（署名又は記名押印）

※かかりつけ医が、野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）を実施している病院又は診療所の医師以外の場合は、裏面の野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）連絡票が必要です。

(裏)

野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）連絡票

年 月 日

野洲市病児保育事業の実施施設長 様

医療機関

所在地

電話及びFAX番号

担当医師名

㊞

野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）を利用するに当たり、次のとおり連絡します

ふりがな 児 童 氏 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生 年 月 日	年 月 日	(満 歳 月)	
住 所	市・町		
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	
病 状 及 び 症 状	(病名) <input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> その他 原因 () [] ※分かれれば記入		
	(病名が不明のとき) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	(症状) <input type="checkbox"/> 病児 (病気の回復期に至っていない) <input type="checkbox"/> 病後児 (病気の回復期にある)		
現在の投与処方 ※お薬手帳等のコピー可			
安 静 度 ※特に安静が必要な場合に記載	隔離の必要性 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 その他 []		
食事(昼食)に関する特別な指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある [※アレルギーの有無など]		
医 師 の 所 見 ※特に必要がある場合に記載	<input type="checkbox"/> 次回診察予定日： 年 月 日 ()		

※ かかりつけ医が、野洲市病児保育事業（病児・病後児対応型）を実施している病院又は診療所の医師である場合は、この連絡票は不要です。

【事務処理欄】※下欄は記入しないでください。

病状及び症状	
病児及び病後児	<input type="checkbox"/> 病児 (病気の回復期に至っていない)・ <input type="checkbox"/> 病後児 (病気の回復期にある)
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税かつひとり親世帯等
	<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯
年 月 日	
野洲市病児保育事業の実施施設名 (病院名) 実施施設長名 (医師名) ㊞	