

病児・病後児保育利用申込書

(提出先)
川 越 市 長

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申込みます。

(1) 同意事項等

同意事項 (重要)	病児・病後児保育の利用にあたり、下記のことについて同意します。 ①世帯の課税状況等について、川越市長が課税台帳等により確認すること。 ②利用時に児童の容態が悪化した場合は、実施施設が保護者の同意を得て医療機関での受診、治療を行うこと。 ③容体急変時等、緊急時に保護者に連絡が取れない場合は、実施施設が保護者の同意を得ずに、医療機関での受診、治療を行うことがあること。 ④利用料の他、必要物品代（おむつ等）について負担する場合があること。 ⑤小学校、他の特定子ども・子育て支援施設等その他の機関に対して施設等利用給付認定子どもに関する情報を提供する場合があること。 保護者署名
世帯区分	☐ 市区町村民税非課税世帯（ ☐ 非課税証明書を提示した場合無料。） ☐ 生活保護世帯（ ☐ 生活保護受給証明書を提示した場合無料。） ☐ 上記以外（利用料を施設にお支払いください。）

(2) 申込者等

申込者 (保護者)	氏名 ふりがな	住所	電話番号
緊急連絡先	氏 名 ふりがな	電話番号（確実に連絡できる電話番号）	
	① 父・母・その他（ ）	携帯又は自宅	勤務先電話番号（勤務先名）
	② 父・母・その他（ ）	携帯又は自宅	勤務先電話番号（勤務先名）
お迎えされる方	☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ その他（ ）		お迎え時間 (最大午後6時まで)
児童を看護できない理由	☐ 勤務 ☐ 傷病 ☐ 事故 ☐ 出産 ☐ 通学 ☐ その他（ ）		

(3) 利用児童

利用児童	氏名 ふりがな	男・女	生年月日	当日体温
	愛称（ ）		年 月 日 (歳 カ月)	℃ 当日起床時間 時 分
前日の様子	体 調	☐ 良好 ☐ 普通 ☐ 悪い（具体的に)		
	食 事	☐ 朝食 ☐ 昼食 ☐ 夕食 ☐ おやつ		
	体 温	℃	就寝時間	時 分
投薬について	薬の飲ませ方			
	解熱剤	投薬の有無	投薬している（ 日 時頃） ・ 投薬していない	
		種別	飲み薬 ・ 坐薬 ・ その他（ ）	

※裏面にも記入してください。（担当：こども育成課 ※実施施設を通して提出）

(4) 既往歴等

既往歴	☐麻疹（はしか） ☐流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ☐その他（病名を記入してください） ☐水疱瘡（みずぼうそう） ☐B型肝炎 ☐風疹（三日ばしか）		
基礎疾患	☐あり（疾患名：）☐なし	体重	kg
アレルギー	☐あり（原因物質：）☐なし ☐あり（原因薬品名：）☐なし		
普段の様子 その他	児童の好きな遊び、くせ、その他心配なことを記入してください。		

(5) 認定の有無

認定の有無	施設等利用給付新2号認定 ^注 の有無	通園・通学先の名称	
	☐あり☐なし		

注 今年度4月1日時点の年齢が3歳から5歳の子どもであって、川越市に幼児教育・保育の無償化に係る「子育てのための施設等利用給付認定」の申請を行い、「新2号認定（保育の必要性）」の通知を受けているもの。

【当日の持ち物リスト】

☐病児・病後児保育利用申込書（本書）

☐診療情報提供書（医師に必ず記入していただいでください。）

☐服薬中の処方薬（飲み薬、塗り薬、解熱剤の坐薬等）及びその説明書（※市販の薬は不可）

☐ハンドタオル又はガーゼハンカチ（数枚）

☐バスタオル等2枚（お昼寝の時に使用します。）

☐着替え（肌着含む。必要枚数をお持ちください。）

☐汚れた物を入れるビニール袋（2枚以上）

☐お弁当、おやつ（初めて食べる食品は避け、体調にあった食べ慣れたものをお持ちください。）

☐飲み物（高熱の方は多めに（1ℓ以上））

☐おはし又はスプーン、コップ

☒以下は必要な場合お持ちください。

☐哺乳瓶（飲む回数分の本数）、ミルク

☐食事用エプロン

☐紙おむつ、おしりふき

☐マスク