

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 | <input type="checkbox"/> 市区町村民税課税世帯（利用料を施設にお支払いください。） <input type="checkbox"/> 市区町村民税非課税世帯（ <input type="checkbox"/> 非課税証明書を提示した場合無料。） <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（ <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書を提示した場合無料。） |

(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 | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> 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) | °C 当日起床時間 時 分 |
| 前日の様子 | 体調 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い（具体的に） | | |
| | 食事 | <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> おやつ | | |
| | 体温 | °C | 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 | <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/>水疱瘡（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/>B型肝炎 <input type="checkbox"/>風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> その他（病名を記入してください） [] | | |
| | 基礎疾患 | <input type="checkbox"/> あり（疾患名： ） <input type="checkbox"/> なし | 体重 |
| アレルギー | ・食品 <input type="checkbox"/> あり（原因物質： ） <input type="checkbox"/> なし ・薬 <input type="checkbox"/> あり（原因薬品名： ） <input type="checkbox"/> 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 | |
| | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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】

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 病児・病後児保育利用申込書（本書） <input type="checkbox"/> 診療情報提供書（医師に必ず記入していただいています。） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> ハンドタオル又はガーゼハンカチ（数枚） <input type="checkbox"/> バスタオル等2枚（お昼寝の時に使用します。） <input type="checkbox"/> 着替え（肌着含む。必要枚数をお持ちください。） <input type="checkbox"/> 汚れた物を入れるビニール袋（2枚以上） <input type="checkbox"/> 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。） <input type="checkbox"/> 飲み物（高熱の方は多めに（1ℓ以上）） <input type="checkbox"/> おはし又はスプーン、コップ <input checked="" type="radio"/> 以下は必要な場合お持ちください。 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶（飲む回数分の本数）、ミルク <input type="checkbox"/> 食事用エプロン <input type="checkbox"/> 紙おむつ、おしりふき <input type="checkbox"/> マスク |
|---|