

病児・病後児保育利用申込書

(提出先)

川越市長

申込者 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____
 電話番号(自宅) _____

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申込みます。

児童氏名	ふりがな 愛称 ()	男・女	体 重	kg
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	当日朝体温	℃	
緊急連絡先	ふりがな 氏 名	電 話 番 号 ※ 確実に連絡できる電話番号を記入		
	父・母・その他 ()	携帯・自宅	勤務先 (勤務先名称:)	
お迎えされる方 (レ印)	<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)	
通園・通学 先の名称	施設等利用給付新2号認定 ^注 の有無(レ印) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
主治医名	医療機関名、医師名等 電話番号			
病 名	[服薬 あり・なし]	初 診 日	年 月 日	
児童を看護 できない理由 (レ印)	<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 ()			
前年分市民税 課税状況 (レ印)	<input type="checkbox"/> 課税 (利用料を施設にお支払いください。) <input type="checkbox"/> 前年分市町村民税非課税又は生活保護受給者 (<input type="checkbox"/> 非課税証明書 <input type="checkbox"/> 受給者証) (窓口に非課税証明書又は生活保護受給者証を提示した場合、利用料は無料となります。)			
添 付 書 類 (レ印)	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (病児・病後児保育利用連絡書) ※医師に記入を依頼してください。			
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) について負担する可能性があること。 保護者署名 _____			

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。

※ 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)

【既往歴、アレルギー、投薬状況、児童の様子等】

既往歴 (○囲み)	・麻疹（はしか） ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ・風疹（三日ばしか） ・その他（病名を記入してください） []			
アレルギー (レ印)	・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			
前日の様子	体調 (レ印)	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い（具体的に ）		
	食事 (レ印)	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> 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（ ）	
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。			

【当日の持ち物リスト】（実施施設確認用）

<input type="checkbox"/> 病児・病後児保育利用申込書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書・・・ <u>医師に必ず記入していただいでください。</u> <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、飲み物（ <u>高熱の方は多めに(10以上)</u> ） （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"/> おはし又はスプーン、コップ <input checked="" type="checkbox"/> 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
