

利用日	/	/	/	/	/
(同じ疾患のみ)	/	/	/	/	/

※ここは施設で記入してください。
ください。

病児保育利用申込書兼同意書

令和 年 月 日

福井市長 宛

申請者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

病児保育・病後児保育を利用したいので次のとおり申請し同意事項に同意します。

* 太い枠内は、保護者が記入してください。

該当するものすべてにレ印をつけてください (福井市に住民登録がある方はすべて、他市町の方は①②のみお答えください)	<input type="checkbox"/> ①施設等利用給付認定 第2号または第3号(他市町の方も回答) <input type="checkbox"/> ②第3子以降の子(就学前)(他市町の方も回答)			
	<input type="checkbox"/> ③母子家庭等医療費等受給世帯 <input type="checkbox"/> ④児童扶養手当受給世帯			
お子さんの名前	(第 子)	生年月日	平成 令和 年 月 日 歳 か月	
在籍中の施設名	保育園 こども園 幼稚園 小学校			
緊急連絡先	①氏名	続柄()	携帯(- -)	
	②氏名	続柄()	携帯(- -)	
子どもの同居者の氏名(母子家庭等医療費等受給世帯又は児童扶養手当受給世帯に該当する場合)	父 氏名()	生年月日(. . .)	母 氏名()	生年月日(. . .)
	祖父 氏名()	生年月日(. . .)	祖母 氏名()	生年月日(. . .)
経過				
今の子どもの状態 (○印をつけてください)	体温: _____ °C	排便: 普通・軟・水様・便秘	排尿: 普通・少な目	
	機嫌: 良・やや不良・悪	嘔吐: なし 朝から 回	腹痛: あり・なし	
	食欲: 旺盛・普通・少食	鼻: なし・鼻水・鼻づまり	喘鳴: あり・なし	
	せき: なし・時々・頻繁 / 起床時・昼間・入眠時・夜間			
予防接種情報 (○印をつけてください)	ヒブ・肺炎球菌・BCG・3種混合・4種混合・ポリオ・麻しん風しん 麻しん・風しん・水痘・日本脳炎・ロタウイルス・おたふくかぜ B型肝炎・インフルエンザ(年 月接種)・その他()			
既往歴 (○印をつけてください)	麻しん・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜ・熱性けいれん・喘息 突発性発疹・B型肝炎・その他()			
同意事項 ※署名をお願いします	1. 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得てから併設病院で治療を行います。連絡がつかない場合でもこれを行うことに同意します。 (治療費は別途請求になりますので保険証は必ずご持参ください。) 2. (福井市に住民登録がある方)病児保育事業の利用料算定のために、同一世帯員について福井市が住民基本台帳の世帯情報、市町村民税の情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、母子家庭等医療費等助成の情報、施設等利用給付認定の情報等を閲覧することに同意します。 3. (他市町に住民登録のある方)病児保育利用料算定のために、病児保育利用申込書兼同意書の写しを住民登録のある広域利用締結市町長あてに提供することに同意します。 <p style="text-align: right;">保護者氏名</p>			

医師連絡票

病児保育事業実施施設/併設病院 様 令和 年 月 日
病児・病後児保育の利用について、下記のとおり連絡します。

病名				
安静度(○印)	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内安静(ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びは可) 4. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
投薬および指示事項 (食事等その他)について	保育室での投薬(あり・なし) 解熱剤: 座薬・内服薬 (指示事項)			
受け入れの可否(○印)	病児保育	可・否	病後児保育	可・否
医療機関名(医師名)署名もしくは印	電話() -			

区分	個人負担金①	利用日数②	合計 ①×②	市確認印
□2,000円 □2,000円(施設等利用給付認定)				
□子どもh □子どもs □3人っ子 □安心k	円	日	円	