

(表)

様式第1号 (第4条関係)

登録番号 ( )

米原市病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

米原市地域包括医療福祉センター長 様

病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり申請します。

ふりがな				生年月日	年 月 日
児 童 名		(男・女)			
児 童 住 所		(〒 - )		市・町	
申 請 者 氏 名 (保 護 者)		(続柄 )		自宅住所 (〒 - ) 市・町	
世 帯 の 状 況		1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯		3 1、2以外の世帯	
電 話		自 宅	- -	携 帯	- -
緊 急 連 絡 先	①氏名	(続柄 )	電話 - -	自宅・勤務先 ( )・その他 ( )	
	②氏名	(続柄 )	電話 - -	自宅・勤務先 ( )・その他 ( )	
就学前施設・小学校名					
か かり つ け 医			連 絡 先	- -	
予 防 接 種		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ポリオ(生ワク・不活化) 回</li> <li>・三種混合Ⅰ期初回 回 Ⅰ期追加</li> <li>・BCG・日本脳炎Ⅰ期初回 回 追加</li> <li>・インフルエンザ・ヒブワクチン 回</li> <li>・小児用肺炎球菌ワクチン 回</li> <li>・MRワクチン(はしか・風しん混合) Ⅰ期・Ⅱ期</li> <li>・おたふくかぜ</li> <li>・水ぼうそう 回</li> <li>・B型肝炎</li> <li>・その他</li> </ul>			
既 往 歴		<ul style="list-style-type: none"> <li>・突発性発疹・はしか・風しん・おたふくかぜ・水ぼうそう</li> <li>・熱性けいれん ( 回 最後は 年 月 日)</li> <li>・アトピー性皮膚炎・喘息</li> <li>・喘息性気管支炎 (継続治療中・悪化時治療)</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>			
入 院 ・ 手 術 歴		なし・あり (何の ) ・ 歳のと)			
アレルギ－体質の有無		<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬アレルギー なし・あり (具体的に )</li> <li>・アレルギー体質 なし・あり (牛乳・卵・その他 )</li> </ul>			
その他心配なこと等					

(裏)

同 意 書

病児・病後児保育の利用に際して、次の項目に同意します。

- 1 病児・病後児保育の利用登録および利用に当たり、関係職員が私の世帯の課税状況および生活保護の状況を調査・確認をすること。
- 2 本事業の実施に必要な情報をセンターに提供すること。
- 3 利用中は職員の指示を守ること。
- 4 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること。  
また、保護者に連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。  
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。

年 月 日

米 原 市 長 様  
米原市地域包括医療福祉センター長 様

保護者氏名

印

様式第2号 (第5条関係)

米原市病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

米原市地域包括医療福祉センター長 様

保護者 住 所 市  
氏 名  
電 話

次のとおり病児・病後児保育を利用したいので、米原市病児・病後児保育の実施に関する規則第5条第1項の規定により申し込みます。

病児・病後児区分	1 病児保育利用		2 病後児保育利用	
ふりがな		生年月日	年 月 日	
児 童 名	(男・女)		( 歳 か月)	
園(所)・ 小学校名				
緊急連絡先	氏名 (続柄 )	連絡先		
	氏名 (続柄 )	連絡先		
利用期間	年 月 日 ~		年 月 日 ( 日間)	
利用時間	(午前・午後) 時 分 ~ (午前・午後) 時 分			
病気の経過	病 名 ( ) ・薬の服用 あり ・ なし ・いつから通院しているか 年 月 日			
利用料金の 減免申請	私の世帯は、( 生活保護世帯 ) ( 市民税非課税世帯 ) に該当するため、病児・病後児保育の 利用料金の ( 免除 ) ( 減額 ) を申請します。			

様式第3号 (第5条関係)

米原市病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日

米原市地域包括医療福祉センター長 様

医療機関  
所在地  
電話およびFAX番号  
担当医師名

㊟

病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり連絡します。

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	( 歳 か月)	
住 所	市・町		
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	
病 状 ・ 症 状 (番号に○)	1 急性上気道炎		2 気管支炎・肺炎
	3 喘息・喘息様気管支炎		4 感染性胃腸炎
	5 その他 〔 〕		原因菌( ) ※分かれば記入
	(病名不明のとき)		
	6 発熱 7 下痢 8 嘔吐 9 咳 10 喘鳴 11 発しん		
	12 その他 ( )		
現在の投与処方 ※コピー添付可	1 投与方法および投与薬品名等		
	2 解熱剤使用： なし・あり( 日 時)		
安 静 度 ※特に安静が必要な場合記載	1 隔離 (要 ・ 不要)		
	2 その他		
食 事 ( 昼 食 ) に関する特別な指示	1 なし		
	2 あり 〔 〕		
医 師 所 見 ※特に必要がある場合のみ記載			
	* 次回診察予定日： 月 日 ( )		

就労証明書

保護者記入欄	児童名（保護者の続柄）	（父・母・祖父・祖母）		
	保護者（勤務者）住所	県	市・町	
	保護者（勤務者）氏名		生年月日	年 月 日
雇用主記入欄	勤務地住所 （米原市内の勤務地記入）	滋賀県米原市		連絡先 —
	就労年月日	年 月 日から		
	雇用形態	正規・パート・臨時・派遣・その他（ ）		
	勤務日数	1か月平均： 日（週 日勤務）		
	勤務時間	時 分から 時 分まで （ 1日平均 時間 ※休憩時間を含む勤務時間）		
	備考（その他参考となる事項）			
	<p>上記の者は、当社（所）に就労していることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所所在地</p> <p style="text-align: center;">証明者 名 称 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">米原市地域包括医療福祉センター長 様</p>			

【注意】記載事項に変更が生じた場合は、再度就労証明書を提出してください。

また雇用主記入欄を訂正する場合は、訂正印として、雇用主印を押印してください。

様式第5号 (第5条関係)

年 月 日

在籍証明書

児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳児)
住 所	県 市・町
入 園 年 月 日	年 月 日 入園

上記の者は、 年 月 日現在当施設に在籍していることを証明します。

米原市地域包括医療福祉センター長 様

施 設 名 \_\_\_\_\_

施 設 長 名 \_\_\_\_\_ 印

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_