様式第２号

病児デイケア（病児・病後児保育）利用申請書兼同意書

年　　月　　日

長様

保護者 住所

長様（住民登録が他の市町の場合に記入）

氏名

連絡先
（緊急連絡先）

次のとおり病児保育事業の利用を申請します。利用にあたって以下の事項に同意します。（☑してください）

☐ 利用児童及び保護者の住民登録がある市町において、世帯状況、生活保護受給、市町村民税、児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費助成、施設等利用給付認定などの情報を利用料算定のために調査し、実施施設と共有すること。

☐ 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等で治療を行うが、連絡がつかなかった場合でも治療を行うこと。

補助の区分	☐通常　☐第２子以降未就学児　☐多胎児で第１子の未就学児 ☐ひとり親世帯（市内児のみ）　☐生活保護世帯　☐施設等利用給付認定児			
ふりがな 利用児童氏名	（第　　子）	☐男 ・ ☐女	生年月日	年　　月　　日 歳　　か月
在籍施設名	保育所・園　こども園　幼稚園　小学校			
現在の病状	☐発熱（　　℃）　☐発疹　☐鼻水、鼻づまり　☐嘔吐、吐き気　☐下痢　☐けいれん ☐その他（　　）			
予防接種状況	☐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（　　）			
利用希望日	年　　月　　日　～　　年　　月　　日まで 午前　・　午後　　時　　分　～　午前　・　午後　　時　　分			
看護できない理由	☐勤務の都合　☐傷病、事故　☐冠婚葬祭　☐出産　☐その他（　　）			

※事務処理欄【実施施設名：　　】

利用日	病児	/	/	/	/	/
	病後児	/	/	/	/	/

区分	個人負担金①	利用日数②	合　計　①×②
☐通常 ☐第２子以降未就学児 ☐多胎児で第１子の未就学児 ☐ひとり親世帯（市内児のみ） ☐生活保護世帯 ☐施設等利用給付認定児	円	日	円