

病児デイケア事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

越前町 長様

長様 (住民登録が他の市町の場合に記入)

保護者 住所

氏名

連絡先
(緊急連絡先)

次のとおり病児デイケア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	☐ ①施設等利用給付認定 ☐ ②第2子以降の子(就学前) ☐ ③多胎児で第1子(就学前) ☐ ④生活保護受給世帯(町内児のみ) ☐ ⑤児童扶養手当受給世帯(町内児のみ)			
ふりがな				
利用児童氏名	(第 子)	☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日 歳 月 日
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 ☐ 咳 ☐ 鼻水、鼻づまり ☐ 嘔吐、吐き気 ☐ 下痢 ☐ けいれん ☐ その他()			
既往歴・アレルギー	☐ 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 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他() アレルギーの有無: ☐ あり() ☐ なし			
利用希望日	年 月 日	午前・午後	時 分	から 年 月 日 午前・午後 時 分 まで

医 師 連 絡 票

病児デイケア事業実施施設/併設病院 様 年 月 日

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

病名				
安静度	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	保育室での投薬(あり・なし) 解熱剤 : 座薬・内服薬 (指示)			
受け入れの可否	病児保育	可 否	病後児保育	可 否
医療機関名・(医師名)署名				

※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	
☐ 2,000円 ☐ 2,000円(施設等利用給付認定) ☐ 第2子以降 ☐ 多胎児 ☐ 子どもh ☐ 子どもs ☐ 安心k		円		日 円		