

保護者記入

横浜市病児・病後児保育事業利用申込書

病児・病後児保育事業実施機関名

申込者名

- 1 次のとおり、横浜市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施機関が利用を不相当と認めた時は、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

| | | | | | |
|-------------|--|--|----|----------------|-----|
| 保 護 者 | 保護者氏名 | | 続柄 | 緊急連絡先(勤務先の住所等) | |
| | 携帯電話 | | | 連絡先 | |
| | 携帯アドレス(任意) | | | 電 話 | () |
| | 携帯電話 | | | 連絡先 | |
| | 携帯アドレス(任意) | | | 電 話 | () |
| | 利用事由(該当するところに○をつけてください) 1 勤務の都合 2 その他() | | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------|--------|---------|---------|--|
| 登 録 児 童 | 児童氏名 | | 性別 | 生年月日 | | |
| | (ふりがな) | | | 年 月 日生 | | |
| | | | | (歳 か月) | | |
| | | | | (体重 kg) | | |
| | | | | (身長 cm) | | |
| | 住所(〒 -) 電話 () | | | | | |
| | 通園施設等 (区) | | | | | |
| | 1 幼稚園・保育園・小学校等に通ってる | | | 施設名 | 1 認可保育所 | |
| | 2 通園等はしていない | | | 電話 () | 2 横浜保育室 | |
| | | | | | 3 その他 | |
| | かかりつけの医師 | | | | | |
| | 医療機関名 | | 電話 () | 担当医師名 | | |
| | 利用期間 | 申請時 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | | | | |
| | 今回の病気について | 病名 | 今朝の体温 | | ℃ | |
| | | 現在の症状(当てはまるものに○をつけてください) | | | | |
| 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 | | | | | | |
| 食欲低下 頭痛 めやに その他() | | | | | | |
| 保育園などで流行っている病気はありますか? ない・ある() | | | | | | |
| 処方薬を受けて(いる・いない) 市販薬を飲んで(いる・いない) | | | | | | |
| 栄養方法 | □授乳中(①母乳 ②人工 ③混合 1回 cc× 回) | | | | | |
| | □離乳中(①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる) | | | | | |
| | □普通食 アレルギー等による食事制限(①必要 ②不必要) | | | | | |
| 食事状況 | ①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる(はし・スプーン) | | | | | |
| 行 動 | ①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ | | | | | |
| | ⑦伝い歩き ⑧歩行自由 ⑨睡眠(入眠方法:) | | | | | |
| 排 泄 | ①おむつ(排泄教える・教えない) ②時々おもらし ③自立 | | | | | |
| 配慮が必要な事項 | | | | | | |
| 減免の種類(減免のある方) | ①横浜市在住の生活保護世帯 ②市民税非課税世帯 ③ひとり親家庭 | | | | | |
| | ※利用料の減免を受けるには、利用時に、市民税非課税証明書又は生活保護受給証明書、ひとり親家庭等福祉医療証等の減免証明書類を利用時に提示してください。 | | | | | |
| お迎えの予定時間 | 時 分 | | | | | |

○利用料(給食費等の実費除く): 1人1日2,000円

※横浜市在住の生活保護世帯、市民税非課税世帯及びひとり親家庭等福祉医療証を保持する世帯: 全額減免(「非課税証明書」「ひとり親家庭等福祉医療証」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください)