

病後児保育利用申請書

令和 年 月 日

横手市長 様

申請者(保護者)

住所 _____

氏名 _____ (父・母)

携帯電話 _____

病後児保育事業を利用したいので、病状等連絡票を添付して次のとおり申請します。

また、病後児保育事業の利用に際しては、万一事故が生じても横手市及び施設の故意又は過失による場合を除き、一切異議を申し立てないことを誓約します。

なお、利用料算定に必要があるときは、世帯の所得状況等を確認することに同意します。

1 利用する児童、利用期間等について

児 童 氏 名	(ふりがな)	男 ・ 女
生 年 月 日	平成 ・ 令和 年 月 日生	
お子さんが今回 かかった医療機関		
現在入所してい る 保 育 所 等		
利 用 期 間	令和 年 月 日から 月 日まで (日間)	
該 当 理 由	1 仕事 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他 ()	
利用施設・事業所	浅舞感恩講保育園	

2 病状について

主な症状	・病名 () ・症状 ※○印をしてください。 発熱・下痢・嘔吐・せき・鼻水・発疹・湿疹・ その他 ()
いつからこの症状が始まりましたか。 経過を記入してください。	
昨日から今朝までの症状	・今朝の体温 (°C) ・昨日から今朝にかけて、解熱剤の使用の有無 (有 ・ 無)
お薬を使用している場合は記入してください。	・どのようなお薬ですか () ・与薬方法：食前・食間・食後・指定時間 (時頃)
医師からの注意事項がある場合は記入してください。	

3 生活状況について

未就学 児童の み記入	栄養 方法	<input type="checkbox"/> 授乳中 (母乳・ミルク…名称 _____、_____ 時間ごと _____ cc) <input type="checkbox"/> 離乳中 (ドロドロ・舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・歯で噛める) <input type="checkbox"/> 普通食 (アレルギー等による食事制限 必要 ・ 不必要)
	午睡	時 分から 時 分まで
		眠るときのくせ ()
	行動	寝ている・首がすわっている・寝返る・座る・はう・立つ・伝い歩き・歩行
	好きな 遊び	
	配慮事項	

※ 事務処理欄

令和	年度分市町村民税	利用料決定額	円
課税 状況 等	※ 1～3については、対象児童が市内に住所を有する場合		
	1	生活保護世帯等又は市町村民税の均等割及び所得割課税額が0円の世帯	日額0円
	2	市町村民税均等割のみ又は所得割課税額が48,600円未満の世帯	日額1,000円
	3	市町村民税所得割課税額が48,600円以上の世帯	日額2,000円
	4	対象児童が市外に住所を有し、市長が特に必要と認めた世帯	日額3,000円