

平成 年 月 日

病児・病後児保育事業の広域利用に関する協定締結市町村
(徳島市・小松島市・石井町、勝浦町、佐那河内村)長 殿

申請者 自宅住所 _____ 電話番号()

氏 名 _____ 印 緊急連絡先
利用児童との続柄() 電話番号()

徳島市病児・病後児デイサービス事業 } 利用申請書
小松島市病児・病後児保育事業 }
石井町病児・病後児保育事業 }

以下の記載内容のとおり、当該事業の利用を申請します。

利用施設名			
(ふりがな)		生年月日	平成 年 月 日生
利用児童氏名	(男 女)	満年齢	満 歳 か月
利用児童住所 電話番号	利用児童が、申請者の世帯と異なる場合に記載してください。		
保育状況	[]保育所 家庭保育	[]幼稚園 その他()	[]小学校 年生
利用期間	平成 年 月 日() ~ 平成 年 月 日() [日間]		
症 状			
申請理由 (保護者の都合)	勤務の都合	傷病	事故 出産 冠婚葬祭 その他()
生活保護の適用	有	無	

【医師記入欄】 記入日 平成 年 月 日

利用児童の 症 状 等	指示事項等	
病児・病後児 保育可能確認	当面の症状の急変は認められないが病気の回復期に至っていない(病児)、又は病気の回復期であっても集団保育は困難である(病後児)であると認められるため、病児・病後児保育の利用は可能であると思われる。	
医療機関	住所・電話番号 医療機関・医師名	印

当該事業概要(裏面)をご覧ください、上記についてご確認をお願いします。

以下は記入しないでください。

() 徳島市病児・病後児デイサービス事業 () 小松島市病児・病後児保育事業 () 石井町病児・病後児保育事業	} 利用決定通知書
申請者 様	
申請がありました当該事業の利用について、 右のとおり決定します。	利用料金(1日当たり) 1,800円 900円 0円 利用却下(理由)
平成 年 月 日 [] 長	課税状況確認者

申請者は こちらもご記入ください。

かかりつけ医療機関	施設名 () 担当医師 ()	電話番号 ()
既往歴(今までにかかった病気の番号に をつけてください。		
1 突発性発疹	11 中耳炎	
2 麻疹(はしか)	12 熱性けいれん	
3 水痘(水ぼうそう)	13 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)	
4 風疹(三日ばしか)	14 とびひ	
5 咽頭性結膜炎(プール熱)	15 川崎病	
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	16 喘息	
7 百日咳	17 アトピー性皮膚炎	
8 ヘルパンギーナ	18 湿疹	
9 手足口病	19 食物アレルギー()	
10 伝染性紅斑(りんご病)	20 その他()	
アレルギー体質の有無 ; 有 (詳細に) ・ 無		
予防接種(これまでに受けたものの番号に をつけてください。		
1 B.C.G(結核)	6 三種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風)	
2 ポリオ	7 二種混合(ジフテリア・破傷風)	
3 麻疹(はしか)	8 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
4 風疹(三日ばしか)	9 水痘(水ぼうそう)	
5 日本脳炎	10 インフルエンザ	

(注意事項)

- 1 利用料金の決定に当たり、利用児童が居住する市町村が、課税状況と公的扶助について調査します。
- 2 児童の病状によっては、お預かりできない場合や、保育を中止してお迎えをお願いする場合があります。

事業概要

この事業は、お子さんが病氣中や病氣の回復期にあって、かつ保護者が就労しているなどの理由で家庭で保育ができないときに、お子さんを一時的に預かる事業で、徳島市、小松島市、石井町、勝浦町、佐那河内村民の子育て支援の充実を図るため、当該事業の広域利用を推進し、住民が安心して子育てができる環境を整備することを目的として、市町村間で協定を締結して実施しているものです。

ご質問等がございましたら、下記までお問い合わせください。

[徳島市 保育課 088-621-5193] [小松島市 児童福祉課 0885-32-2114] [勝浦町 福祉課 0885-42-1502]

[佐那河内村 住民福祉課 088-679-2114] [石井町 すくすく子育て課 088-674-1623]