

病児保育事業の広域利用に関する協定締結市町村長 殿

(徳島市・小松島市・勝浦町・佐那河内村・石井町・神山町・松茂町・北島町・藍住町・板野町・上板町・上勝町)

<申請者(保護者)>

☆ 申請者(保護者)と配偶者の住所が違う場合は記入してください。

住 所 \_\_\_\_\_

配偶者住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

配偶者氏名 \_\_\_\_\_

利用児童との続柄( )

連絡先☎( ) 緊急連絡先☎( )

### 病児保育事業利用申請書

利用料金の決定にあたり、申請児童の居住する市町村が、児童の父母及び同一世帯者の課税状況と公的扶助について、また申請児童の保育所等の利用料、児童手当、児童扶養手当、子ども医療(はぐくみ医療)に係る申請内容を閲覧・調査することに同意のうえ、次のとおり当該事業の利用を申請します。

施設名			
(ふりがな)		生年月日	平成・令和 年 月 日
児童氏名	(男女)	満年齢	満 歳 か月
児童住所 電話番号	※ 申請者の住所と異なる場合に記載してください。		
保育状況	<input type="checkbox"/> [ ]保育所 <input type="checkbox"/> [ ]幼稚園 <input type="checkbox"/> [ ]認定こども園 <input type="checkbox"/> [ ]小学校 年生 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> その他		
期間	令和 年 月 日( ) ~ 令和 年 月 日( ) [ 日間]		
症状			
申請理由	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他( )		
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

【医師記入欄】 記入日 令和 年 月 日

児童の疾患名		指示事項等	
児童の症状等			
病児保育可能確認	<input type="checkbox"/> 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)と認められるため、病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。

※ 最終的な病児保育の適否の判断の責任は、病児保育事業提供施設とさせていただきます。

※ 以下は記入しないでください。

No. \_\_\_\_\_

( 徳島市 ・ 小松島市 ・ 石井町 ・ 北島町 ・ 藍住町 )			
<b>病児保育事業利用決定通知書</b>			
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。  令和 年 月 日 [ ] 長	<table border="1"> <tr> <td>           利用料金(1日当たり)  <input type="checkbox"/> 1,800円    <input type="checkbox"/> 900円    <input type="checkbox"/> 0円  <input type="checkbox"/> 課税状況が確認できないため、全額ご負担いただきます。            詳しくは、次の担当課へお問い合わせください。            ( TEL )  <input type="checkbox"/> 利用却下(理由 )         </td> </tr> <tr> <td>課税状況確認者</td> </tr> </table>	利用料金(1日当たり) <input type="checkbox"/> 1,800円 <input type="checkbox"/> 900円 <input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 課税状況が確認できないため、全額ご負担いただきます。 詳しくは、次の担当課へお問い合わせください。 ( TEL ) <input type="checkbox"/> 利用却下(理由 )	課税状況確認者
利用料金(1日当たり) <input type="checkbox"/> 1,800円 <input type="checkbox"/> 900円 <input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 課税状況が確認できないため、全額ご負担いただきます。 詳しくは、次の担当課へお問い合わせください。 ( TEL ) <input type="checkbox"/> 利用却下(理由 )			
課税状況確認者			
[再審査欄] 右のとおり利用料金を再決定します。 令和 年 月 日 [ ] 長	利用料金(1日当たり) <input type="checkbox"/> 1,800円 <input type="checkbox"/> 900円 <input type="checkbox"/> 0円 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 ( )
○ アレルギー体質の有無 有 (詳細: ) ・ 無		
○ 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( )	
○ 予防接種(接種状況に応じて○をつけてください。)		
B. C. G	未 ・ 済	
ポリオ(生ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回	
ポリオ(単独・不活化ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
二種混合	未 ・ 1回	
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
麻しん風しん混合(MR)	未 ・ 第1期 ・ 第2期	
〔 ・ 麻しん単抗原 ・ 風しん単抗原 〕	未 ・ 第1期 ・ 第2期	
	未 ・ 第1期 ・ 第2期	
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 ・ 2回 ・ 第1期追加 ・ 第2期	
Hib(ヒブ)感染症	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
肺炎球菌感染症	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	
水痘(水ぼうそう)	未 ・ 1回 ・ 2回	
おたふくかぜ	未 ・ 1回 ・ 2回	
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回	
ロタウイルス	未 ・ ロタリックス 1回 ・ 2回 ・ ロタテック 1回 ・ 2回 ・ 3回	
インフルエンザ(今年度接種分)	未 ・ 1回 ・ 2回	

(注意事項)

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、勝浦町、佐那河内村、石井町、神山町、松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町、上勝町民の子育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 子ども保育課 088-621-5193]

[松茂町 福祉課 088-699-8713]

[小松島市 児童福祉課 0885-32-2114]

[北島町 子育て支援課 088-698-8909]

[勝浦町 福祉課 0885-42-1502]

[藍住町 福祉課 088-637-3114]

[佐那河内村 健康福祉課 088-679-2971]

[板野町 住民課 088-672-5984]

[石井町 子育て支援課 088-674-1623]

[上板町 民生児童課 088-694-6811]

[神山町 健康福祉課 088-676-1114]

[上勝町 住民課 0885-46-0111]

病児保育事業の広域利用に関する協定締結市町村長 殿  
 (徳島市・小松島市・勝浦町・佐那河内村・石井町・神山町・松茂町・北島町・藍住町・板野町・上板町・上勝町)

<申請者(保護者)> ☆ 申請者(保護者)と配偶者の住所が違う場合は記入してください。  
 住 所 小松島市中田町字新開2-2 配偶者住所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 日赤 徳子 (男  女 ) 配偶者氏名 \_\_\_\_\_  
 利用児童との続柄( 母 )  
 連絡先 ☎ (090-XXXX-XXXX) 緊急連絡先 ☎ (0885-32-0555)

病児保育事業利用申請書

利用料金の決定にあたり、申請児童の居住する市町村が、児童の父母及び同一世帯者の課税状況と公的扶助について、また申請児童の保育所等の利用料、児童手当、児童扶養手当、子ども医療(はぐくみ医療)に係る申請内容を閲覧・調査することに同意のうえ、次のとおり当該事業の利用を申請します。

施設名	徳島赤十字ひのみね医療療育センター附属乳児院		
(ふりがな)	にっせき はなこ	生年月日	平成(令和) 5 年 4 月 1 日
児童氏名	日赤 花子 (男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> )	満年齢	満 1 歳 0 か月
児童住所 電話番号	※ 申請者の住所と異なる場合に記載してください。		
保育状況	<input checked="" type="checkbox"/> [ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> ]保育所 <input type="checkbox"/> [    ]幼稚園 <input type="checkbox"/> [    ]認定こども園 <input type="checkbox"/> [    ]小学校 年生 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> その他		
期間	令和 6 年 4 月 1 日(月) ~ 令和 6 年 4 月 2 日(火) [ 2 日間 ]		
症状	発熱、咳、鼻水		
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他(    )		
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		

【医師記入欄】 記入日 令和 6 年 4 月 1 日

児童の疾患名	咽頭炎	指示事項等	薬を服用し、安静にすること
児童の症状等	発熱、咳、鼻水		抗原検査：陰性
病児保育可能確認	<input checked="" type="checkbox"/> 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た病気の回復期であっても集団保育は困難である(病後児)と保育の利用は可能であると思われる。		※抗原検査をした場合は必ず記入すること
医療機関	住所・電話番号 <u>徳島市〇〇町〇〇</u> 医療機関・医師名 <u>〇〇〇小児科 院長 徳島 太郎</u> (徳島)		

※ 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。  
 ※ 最終的な病児保育の適否の判断の責任は、病児保育事業提供施設とさせていただきます。

※ 以下は記入しないでください。

( 徳島市 ・ 小松島市 ・ 石井町 ・ 北島町 ・ 藍住町 )		No.
病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。	令和 年 月 日 [    ] 長	利用料金(1日当たり) <input type="checkbox"/> 1,800円 <input type="checkbox"/> 900円 <input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 課税状況が確認できないため、全額ご負担いただきます。 詳しくは、次の担当課へお問い合わせください。 (    課 ) <input type="checkbox"/> 利用却下(理由    ) 課税状況確認者 _____
[再審査欄] 右のとおり利用料金を再決定します。 令和 年 月 日 [    ]長		利用料金(1日当たり) <input type="checkbox"/> 1,800円 <input type="checkbox"/> 900円 <input type="checkbox"/> 0円 課税状況確認者 (    )

保護者記入欄

医師記入欄