

病児・病後児保育利用申込書

(提出先)

飯能市長

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申込みます。

(1) 同意事項等

同意事項 (重要)	病児・病後児保育の利用にあたり、下記のことについて同意します。 ①世帯の課税状況等について、飯能市長が課税台帳等により確認すること。 ②利用時に児童の容態が悪化した場合は、実施施設が保護者の同意を得て医療機関での受診、治療を行うこと。 ③容体急変時等、緊急時に保護者に連絡が取れない場合は、実施施設が保護者の同意を得ずに、医療機関での受診、治療を行うことがあること。 ④利用料の他、必要物品代（おむつ等）について負担する場合があること。 ⑤小学校、他の特定子ども・子育て支援施設等その他の機関に対して施設等利用給付認定子どもに関する情報を提供する場合があること。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">保護者署名 _____</div>
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市区町村民税課税世帯（利用料を施設にお支払いください。） <input type="checkbox"/> 市区町村民税非課税世帯（ <input type="checkbox"/> 非課税証明書を提示した場合無料。） <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（ <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書を提示した場合無料。）

(2) 申込者等

申込者 (保護者)	氏名 ふりがな _____	住所 _____
		電話番号 _____
緊急連絡先	氏 名 ふりがな	電話番号 (確実に連絡できる電話番号)
	① 父・母・その他 ()	携帯又は自宅 _____ 勤務先電話番号 (勤務先名) _____
	② 父・母・その他 ()	携帯又は自宅 _____ 勤務先電話番号 (勤務先名) _____
お迎えされる方	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()	お迎え時間 (最大午後6時まで)
児童を看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(3) 利用児童

利用児童	氏名 ふりがな _____	男・女	生年月日	当日体温	
	愛称 ()		年 月 日 (歳 カ月)	℃	
前日の様子	体 調	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い (具体的に)			
	食 事	<input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> おやつ			
	体 温	℃	就寝時間	時 分	
投薬について	薬の飲ませ方				
	解熱剤	投薬の有無	投薬している (日 時頃) ・ 投薬していない		
		種別	飲み薬 ・ 坐薬 ・ その他 ()		

※裏面にも記入してください。(担当：保育課 ※実施施設を通して提出)

