

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

病児保育室 サンクリキッズ

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	( )	
			( )	kg		
			( )	cm		
	住所 (〒 - )		電 話	( )		
	通園施設等		( )	1 認可保育所		
	1 幼稚園・保育園・小学校等に通ってる		施設名	2 横浜保育室		
	2 通園等はしていない		電 話	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 ( )						
栄養方法	処方薬を受けて ( いる・いない ) 市販薬を飲んで ( いる・いない )					
	□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)					
食事状況	□普通食 アレルギー等による食事制限 (①必要 ②不必要)					
	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					
	④自然災害等により被災した世帯					
※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、罹災証明書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、ひとり親家庭等福祉医療証を保持する世帯、自然災害等により被災した世帯 : 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)