

\*記入不要

登録番号	
------	--

年 月 日

### 松原市病児保育利用申込書

松原市長 殿

(保護者) 住所 松原市 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話（自宅） \_\_\_\_\_

松原市病児保育事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり申込みをします。

(フリガナ) 児童氏名	( )	在籍保育所等	
生年月日等	年 月 日 生	( 歳児クラス)	( 男・女 )
緊急連絡先	続柄 ( ) - - <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )	続柄 ( ) - - <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
既往歴等	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
予防接種状況	<input type="checkbox"/> 小児ヒブ 未・初回 回・追加 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 未・初回 回・追加 <input type="checkbox"/> B型肝炎 未・初回 回・追加 <input type="checkbox"/> ロタ 未・初回 回・追加 <input type="checkbox"/> 4種混合(百日咳、ジフテリア、破傷風、不活性ポリオ) 未・初回 回・追加 <input type="checkbox"/> BCG 未・済 <input type="checkbox"/> 水痘 未・済 <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合(MR) 未・1回・2回 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 未・済 <input type="checkbox"/> その他の予防接種 ( )		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>*アレルギーがある場合は、弁当の持参をお願いします。</small>		
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給している・ <input type="checkbox"/> 受給していない	市民税	<input type="checkbox"/> 非課税世帯・ <input type="checkbox"/> 課税世帯

\*生活保護の受給及び課税状況の調査について同意します。また、世帯全員の課税状況を調査することについては、世帯全員から同意を得ています。

\*年度途中でその状況が変更になった場合は、市長まで申し出てください。 <裏面へつづく>

### 松原市病児保育利用承諾書兼サービス利用証（受給者証）

\*記入不要

登録番号	児童名	松原市確認欄
在籍保育所等	生年月日	
	年 月 日	

\*病児保育の利用の際に提示してください。

\*有効期間は年度末までとなりますが、年度途中で退所となった場合は、その日までとなります。

\*年度ごとに登録が必要となります。

(裏面)

## 同意書

松原市長 様

私は病児保育室を利用するに当たり、次の内容について同意します。

1. 利用の際は医療機関（かかりつけ医等）を受診し、病児保育意見書を提出すること。また、医療機関（かかりつけ医等）受診後、利用当日に児童の症状が悪化し、利用ができない場合があること。
2. 病児保育室が必要と認めるときは、病児保育室の指定する医師の診察又は診断を受けなければならない。この場合において、当該診察又は診断に要する費用は保護者負担とする。
3. 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、病児保育室からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。
4. 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡せずに、医療機関に搬送を行い受診・治療措置が行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
5. 児童の保育に当たっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず病児保育室内で児童の相互感染がおこった場合は、当該保育室は責任を負わないこと。
6. 病児保育室から指示された預かり時間は厳守すること。
7. 利用申込において、松原市が知りえた情報は、病児保育事業の範囲内において、病児保育室に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。
8. 感染のおそれ等により病児保育室が利用できないことが発生した場合には、当該保育室の指示に従うこと。
9. 生活保護の受給及び市町村民税課税状況の調査すること。また、世帯全員の課税状況を調査することについては、世帯全員から同意を得ていること。

年 月 日

住 所 松原市

保護者氏名

児童氏名