

《記載例》

平成31年度 弘前市病児病後児保育利用登録申込書

※受付 年 月 日		※登録番号		※利用料	
住所 弘前市大字上白銀町1番地1 マンション白銀A-101 Tel 0172 - 35 - 1111					
登録児童	フリガナ ヒロサキ サクラ	性別 男	生年月日 平成28年11月6日	入所施設・学校等 有	●●保育園
	氏名 弘前 さくら	女	令和	施設名 ●●保育園	
登録希望理由	① 就労 2 就学 3 職業訓練 4 介護 5 その他 ()				
児童と同居している家族	続柄	氏名	生年月日	勤務先・学校名等	種類
	父	弘前 一郎	S 60・5・5	株〇〇建設	① 社保 2 国保 3 共済 4 船員 5 その他 ()
	母	弘前 花子	S 60・6・6	株△△販売	健康保険 被保険者氏名 弘前 一郎
	兄	弘前 弘太郎	H 24・7・7	〇〇小学校〇年	保険記号・番号 111-22222
	祖母	弘前 幸子	S 30・8・8	有□□食品	事業所名 株〇〇建設
身体状況等	1 熱性けいれんを起こしたことがある 2 ぜんそく ③ アレルギー (原因物質: 卵) 4 薬を飲んで具合が悪くなったことがある (薬の名前:) 5 その他身体等で気になること () 6 かかりつけ医院等 (医院名: 白銀こどもクリニック)				
緊急連絡先	1 母の勤務先 (いる所) または 携帯電話		0 1 7 2 - 7 7 - 7 7 7 7		
	2 父の勤務先 (いる所) または 携帯電話		0 8 0 - 8 8 8 8 - 8 8 8 8		
	3 祖母の勤務先 (いる所) または 携帯電話		0 9 0 - 9 9 9 9 - 9 9 9 9		
病児病後児保育を利用したいので上記のとおり登録を申し込みます。また、登録児童の病児病後児保育を行う場合に限り、実施施設が申込書の内容を利用することに同意します。				備考	
平成31年4月1日					
弘前市長 様					
保護者氏名 弘前 一郎 印					

入所している施設等がある場合、施設名を記入してください
小学生は〇〇小学校〇年と記入してください

保険証の種類を選んでください

健康保険の被保険者名 (国保は世帯主名) を記入してください

登録児童と同居している親族等の全員を記入してください

あてはまるものを〇で囲み、()にはできるだけ詳しく記入してください

優先順位の高いものから記入してください

《記入上の注意》

- 太線の中のみを記入してください。(※欄は記入しないでください。)
- 2人以上の児童を同時に申し込む場合は、それぞれの児童毎に1枚の用紙を用いてください。

問い合わせ・郵送先
〒036-8551
弘前市大字上白銀町1-1
弘前市役所 こども家庭課 保育係
TEL: 0172-35-1131

平成31年度 弘前市病児病後児保育利用登録申込書

※受付 年 月 日	※登録番号		※利用料		
住所	Tel. — —				
登録児童	フリガナ	性別	生 年 月 日	入所施設・学校等	有 ・ 無
	氏 名	男 女	平成 令和 年 月 日	施 学 設 校 名 名	
登録希望理由	1 就労 2 就学 3 職業訓練 4 介護 5 その他 ()				
児童と同居している家族	続柄	氏 名	生 年 月 日	勤務先・学校名等	種 類
					1 社保 2 国保 3 共済 4 船員 5 その他 ()
					被保険者氏名
					健康保険証
					保険記号・番号
					事業所名
身体 の 状 況 等	1 熱性けいれんを起こしたことがある 2 ぜんそく 3 アレルギー (原因物質:) 4 薬を飲んで具合が悪くなったことがある (薬の名前:) 5 その他身体等で気になること () 6 かかりつけ医院等 (医院名:)				
緊急 連 絡 先	1	の勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
	2	の勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
	3	の勤務先 (いる所) または 携帯電話		—	—
病児病後児保育を利用したいので上記のとおり登録を申し込みます。また、登録児童の病児病後児保育を行う場合に限り、実施施設が申込書の内容を利用することに同意します。				備 考	
年 月 日					
弘前市長 様 保護者氏名 印					

※利用資格調査

<input type="checkbox"/> 病児病後児保育の対象児童として認められる (実施要領第5 に該当) <input type="checkbox"/> 病児病後児保育の対象児童として認められない (理由:)	調 査 月 日
	年 月 日
	調 査 員
	印

平成 年度 利用 申込 書

登録番号	住所	緊急 連絡先	-
(フリガナ) 児童名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 生 令和
施設等利用 給付認定	受けている ・ 受けていない	普段利用している 施設名・学校名	
事前登録	済・未（当日登録）	病児病後児保 育の利用状況	（ はじめて ・ 回目 ）
利用希望日	月 日 ~ 月 日	利用時間	: ~ :
現在の主な症状	発熱（ °C ） ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 喘鳴 ・ 鼻水 ・ 発疹 その他 （ ）		
<p>病児病後児保育を利用したいので、上記のとおり申し込みます。 利用児童の病状が急変し、実施施設が緊急を要すると判断した場合、直ちに実施施設の医師又は指導医の 診察処方及び救急搬送等必要な措置を行うことに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">保護者氏名 印</p>			

※確認事項

1) 診断	5) 処方
2) 既往歴・基礎疾患	
3) 診断医	
初診日： 年 月 日	
利用当日の受診： <input type="checkbox"/> 受診済 <input type="checkbox"/> 施設医師診察 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
4) アレルギー	有 ・ 無 （ ）

※結果

病児病後児保育利用を 認める （病児 ・ 病後児 ）
 認めない （理由 ）
 利用期間： 月 日から、 日間程度
 7日を超える場合
 （理由 ）

病児病後児保育実施に対する指示書	
1) 部屋割り	4) 食事： 普通食 学童 ・ 幼児 離乳食 初期 ・ 中期 ・ 後期 ミルク 消化不良食 アレルギー食 （除去： ）
保育室 ・ 隔離室 ・ ベビーベッド	
2) 注意事項、観察事項	
3) 処置	