

# 《 記載例 》

## 令和 5 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 マゾン白銀A-101				Tel	0172 - 35 - 1111
登録児童 フリガナ 氏名	ヒロサキ サクラ 弘前 さくら	性別 男 女	生年月日 平成 令和	29年 11月 5日	入所施設・学校等 有・無 施設名 校名	●● 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	健康保険証	種類 ① 社保 2 国保 3 共済 4 船員 5 その他 ( )
	父	弘前 一郎	S 60・5・5	(株)〇〇建設		被保険者氏名 弘前 一郎
	母	弘前 花子	S 60・6・6	(株)△△販売		保険記号・番号 111-22222
	兄	弘前 弘太郎	H 24・7・7	〇〇小学校〇年		事業所名 (株)〇〇建設
	祖母	弘前 幸子	S 30・8・8	(有)□□食品		
	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					
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 )					あてはまるものを○で囲み、( )にはできるだけ詳しく記入してください
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				優先順位の高いものから記入してください
	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	
令和 5 年 4 月 1 日						
弘前市長 様						
保護者氏名 弘前 一郎						
※本人が手書き (自署) しない場合は、記名押印してください。						

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

あてはまるものを○で囲み、( )にはできるだけ詳しく記入してください

### 《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

# 令和 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 氏名	性別 男 女	生年月日 平成 年 月 日 令和	入所施設・学校等 有・無 施設名 校名		
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	健康保険証	種類 1 社保 2 国保 3 共済 4 船員 5 その他 ( )
						被保険者氏名
						保険記号・番号
						事業所名
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: ) 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		
令和 年 月 日						
弘前市長 様  保護者氏名						
※本人が手書き (自署) しない場合は、記名押印してください。						

※利用資格調査

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)

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

令和 年 月 日

調査員

令和 年度 利 用 申 込 書

登録番号	住所	緊急 連絡先	-
(ワガナ) 児童名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 生
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                  ※本人が手書き（自署）しない場合は、記名押印してください。</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 保育室 ・ 隔離室 ・ ベビーベッド	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: )
2) 注意事項、観察事項	
3) 処置	

記名又は押印