

前橋市病児・病後児保育 利用申込書

					年 月 日		
前橋市長宛 (施設長)					申請者氏名 _____ (保護者)		
前橋市病児・病後児保育を利用するにあたり、以下の項目に同意します。 ①利用料決定に必要な市が保有する生活保護に関する情報を確認すること。 ②生活保護世帯については生活保護受給者証を提示すること。 ③利用児童の健康保険証、福祉医療費受給資格者証を提示すること ④利用児童についての状況や利用状況等について市及び実施施設間で情報を共有すること。							
病児・病後児保育を受けたいので、次のとおり申し込みます。							
ふりがな 児童氏名		_____			生年 月 日	年 月 日 (歳 月)	
住 所		(〒 -)					
保育園・こども園・幼稚園・小学校等							
看護できない理由		☐ 勤務の都合 ☐ その他 ()					
利用期間		月 日 から 月 日まで (日間)					
保護者 緊急時 連絡先	1	氏名 (続柄)	(父・母・他)	電話 番号	☐ 自 宅 :		
		☐ 携 帯 :					
	勤務先名称 住所			☐ 勤務先 :			
	※希望連絡先 に☑をする。 必ず連絡がつくこと。	2	氏名 (続柄)	(父・母・他)	電話 番号	☐ 自 宅 :	
☐ 携 帯 :							
勤務先名称 住所			☐ 勤務先 :				
※施設記載欄：利用料（日額）							
1 生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯 0円							
2 上記以外の世帯（ 前橋市内在住 ・ 前橋市外在住で前橋市内在勤） 2,000円							

*** 診療情報提供書を添付して提出してください。**

* 当日登録・当日利用において、生活保護受給者証（写し）の添付がない場合は、上記利用料を徴収します。
なお、後日、生活保護受給者証（写し）を提出した場合は還付します。

*** 薬の指示書（処方内容のわかるもの）、母子健康手帳（予防接種欄）の写し、生活保護受給者証の写しについては裏面に添付してください。**

与藥申請書

医師・薬剤師による指示書（情報提供書）と薬を添付しますので、保育中に与薬してください。

*薬には、氏名を記入し、1回分に分けてお持ちください。

* 医師・薬剤師による薬剤情報提供書はコピーでも可。(市販薬はお預かりしていません。)

*登園時に必ず保育士・看護師に申し送りをして下さい。

【添付欄】

薬の指示書（処方内容のわかるもの）の写し

母子健康手帳（予防接種欄）の写し

生活保護受給者証の写し 等

※母子健康手帳（予防接種欄）の写しがない場合は、下記に記載をしてください。

①これまでにかった主な大きな病気について、該当するものに☑してください。

☐みずぼうそう ☐おたふくかぜ ☐麻疹 ☐風しん ☐その他()

②これまでに接種した予防接種について該当するものに☑してください。

☐みずぼうそう ☐おたふくかぜ ☐麻しん・風しん ☐ロタウイルス