

藤沢市病児・病後児保育事業登録届

_____年 _____月 _____日

藤 沢 市 長

事業実施者：鈴木 誠
 実施施設：長後中央医院併設型病児ほいくしつ湘南

申請者
 (保護者)

住 所 _____
 氏 名 _____ (続柄 _____)
 電話番号 (自 宅) _____
 (携 帯 電 話) _____

藤沢市病児保育事業実施要綱第19条の規定に基づき、届出を行います。

なお、利用（登録）にあたり、藤沢市が、申請者及び同一世帯者の住民基本台帳、市町村民課税情報、その他保育に必要な市が保管する情報について利用すること並びにその情報を必要に応じて実施施設に提供することに同意します。

また、実施施設が、児童に対して安全な保育等を行うために必要な情報について、必要に応じて、通常利用施設及び藤沢市と情報共有することに同意します。

利 用 児 童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
通常利用施設 (利用登録時)	施設の種別	01 認可保育所 02 小規模・家庭的保育事業 03 私設保育施設（認可外保育施設） 04 企業主導型保育事業	05 一時預かり事業 06 幼稚園・認定こども園 07 その他 ()	
	施設名	(電話番号)		
	利用時間	時 分 ~ 時 分		
保護者の状況		氏 名	主な保育が必要な事由	
	父 親	(フリガナ)	01 就労 02 就学 03 疾病 04 介護等 05 出産 06 その他()	
	母 親	(フリガナ)	01 就労 02 就学 03 疾病 04 介護等 05 出産 06 その他()	
主 治 医 (かかりつけ医)	医療機関名	(電話番号)		
	担当医師			
アレルギ- の有無	無 ・ 有	アレルギ-の項目 () ※食事制限がある場合、その程度 () ※抗アレルギ-薬の使用 (無 ・ 有)		
常時服用 している薬	無 ・ 有 ()			

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 医療証（小児・福祉・他） <input type="checkbox"/> 母子手帳
---------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

（裏面に続く）

【利用児童の状況】

既往歴（今までにかかった病気・治療中の病気の番号に○をつけてください）	
01 突発性発疹	11 川崎病（心臓合併症： 無 ・ 有 ）
02 麻疹（はしか）	12 喘息・喘息様気管支炎 （薬の使用： 毎日飲んでいる ・ 飲んでいない ・ 発作時だけ） （吸入療法： 毎日している ・ していない ・ 発作時だけ）
03 水痘（水ぼうそう）	
04 風疹（三日ばしか）	13 アトピー性皮膚炎（治療方法： 内服薬 ・ 食事療法）
05 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	
06 百日咳	14 B型肝炎（キャリアー ・ キャリアーでない）
07 伝染性紅斑（りんご病）	15 熱性けいれん （初回 歳，最後は 歳，これまでに 回） （抗けいれん薬の使用： 無 ・ 有）
08 中耳炎	
09 肺炎（マイコプラズマ肺炎など）	16 その他（ ）
10 R S ウイルス	
配慮してほしい点（生まれつきの病気，発達の状況，くせや嗜好，緊急時の薬等）	

【保育料の免除希望】

※免除を希望する場合，☑を記入。

<input type="checkbox"/> 次の要件を確認し，病児保育事業に係る基本保育料の免除を希望します。	
免除の要件	<input type="checkbox"/> 基本保育料の免除は，利用児童の世帯が，生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯である場合に対象となります。 <input type="checkbox"/> 表面の同意事項に基づき，免除の要件の該当状況について，利用登録届出時，及び毎年9月1日時点の状況を確認し，免除の可否を決定します。

〔実施施設記入欄〕

登録日	年 月 日（台帳記載： 済 ・ 未 ）	登録番号	
利用登録時 免除確認	無 ・ 有（確認日： 年 月 日）		
特記事項			

〔市記入欄〕

申請書受理日	年 月 日		
免除確認日	年 月 日	利用登録時 基本保育料	0円/回 ・ 2,000円/回
特記事項			