

坂井市病児・病後児保育利用票

令和 年 月 日

坂井市長 様

保護者	住所
	氏名
	緊急連絡先

病児・病後児保育を利用したいので次のとおり届出ます。

（坂井市に住民登録がある方）病児・病後児保育事業の利用料算定のために、同一世帯員について坂井市が住民基本台帳の世帯情報、市民税の情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、ひとり親家庭等医療費等助成の情報、施設等利用給付認定の情報を閲覧することに同意します。

（坂井市以外に住民登録のある方）病児・病後児保育事業の利用料算定のために、この利用票の写しを住民登録のある広域利用締結市町長あてに提供することに同意します。

該当するものに☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 就学前第3子以降の子 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成・児童扶養手当受給世帯 <input type="checkbox"/> 無償化対象		
利用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		
児童氏名	男	生年	年 月 日
	女	月日	歳 カ月
通園・通学先			
主治医	電話 (病院・医院) FAX		
主な症状 (○印をつけてください)	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・湿疹 その他（具体的にお書き下さい）		
子どもの今の状態 (その他)	食欲 : 良い 普通 悪い 睡眠状態 : 良い 普通 悪い 機嫌 : 良い 普通 悪い 便通 : 良い 普通 悪い その他 :		
その他 体質（薬物アレルギーなど）や癖など心配なこと。			
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病・事故 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他		

実施機関記入欄（該当項目に日数を必ず記入してください。）

病児保育に該当	日	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費等受給・児童扶養手当受給世帯	市担当 確認欄
病後児保育に該当	日	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 就学前第3子以降 <input type="checkbox"/> 無償化	