様式２※R4.9 改正

坂井市病児・病後児保育利用票

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、下記に同意し以下のとおり届出ます。

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、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、母子家庭等医療費等助成の情報等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	☐ 就学前第２子以降の子　☐ 就学前多胎児第１子 ☐ 非課税・生活保護世帯　☐ ひとり親医療費・児扶手当受給世帯　☐ 無償化対象			
利用期間	年　月　日　～　年　月　日			
	午前・午後　時　分　～　午前・午後　時　分			
児童氏名		男 女	生年月日	年　月　日 歳　ヵ月
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・咳そう・喘鳴・発疹・湿疹 その他（具体的に）【　　】			
子どもの今の状態	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・ｱﾚﾙｷﾞｰ・癖・心配なこと）				
看護できない理由	☐勤務の都合　☐傷病・事故　☐冠婚葬祭　☐出産　☐その他			

実施機関記入欄（該当項目に利用日数を必ず記入してください）

病児保育に該当	日	☐市民税非課税世帯・生活保護世帯	☐ひとり親医療費・児童扶養手当受給	市担当確認欄
病後児保育に該当	日	☐就学前第２子以降	☐就学前多胎児第１子	