

第 1 号様式（第 8 条関係）

病児・病後児保育事業利用児童登録申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

記入者 (保護者)	〒 _____ 電話番号 _____	
	住所 _____	
	氏名 _____	
ふりがな	性 男 別 女	生年月日 _____ 年 月 日
児童の氏名	年 齢 _____ 歳 _____ か月	
通園施設等について	1 通園又は通学している。(施設名 _____ 電話番号 _____) 2 通園又は通学していない。	
利用事由 (保護者の状況)	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他 (_____)	
かかりつけ医	病院・医院 _____ 担当医: _____ 電話番号: _____	
緊急連絡先	住所氏名 (続柄 _____)	連絡先 _____ 電話番号: _____
	住所氏名 (続柄 _____)	連絡先 _____ 電話番号: _____
アレルギー体質の有無 _____		
既往歴 (今までかかった病気の番号に○を付けてください。)		
1 突発性発疹	14 湿疹	
2 麻疹 (はしか)	15 ぜん息・ぜん息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)	
3 水痘 (水ぼうそう)	(毎日吸引療法をしている・いない・発作時だけ)	
4 風疹 (三日ばしか)		
5 いん頭性結膜炎 (プール熱)	16 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)	
6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		
7 百日咳	17 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)	
8 ヘルパンギーナ	18 B型肝炎 (キャリアー・キャリアーでない)	
9 手足口病	19 熱性けいれん (初回 _____ 歳、最後は _____ 歳、これまでに _____ 回)	
10 伝染性紅斑 (りんご病)	20 食物アレルギー ミルク、卵、鶏卵、牛肉、そば、大豆、小麦、 その他 (_____)	
11 中耳炎	21 その他 (_____)	
予防接種 (これまで受けたものの番号に○を付け、接種年月日を御記入ください。)		
1 ツベルクリン反応結果	陰性 陽性	7 風疹 (三日ばしか) _____ 年 _____ 月接種
2 BCG	_____ 年 _____ 月接種	8 麻疹・風疹混合 _____ 年 _____ 月接種
3 日本脳炎	1回目 _____ 年 _____ 月接種	9 ポリオ 1回目 _____ 年 _____ 月接種 2回目 _____ 年 _____ 月接種
	2回目 _____ 年 _____ 月接種	
	3回目 _____ 年 _____ 月接種	10 流行性耳下腺 (おたふくかぜ) _____ 年 _____ 月接種
4 三種混合 又は二種 混合	1回目 _____ 年 _____ 月接種	11 水痘 (水ぼうそう) _____ 年 _____ 月接種
	2回目 _____ 年 _____ 月接種	
	3回目 _____ 年 _____ 月接種	
5 麻疹 (はしか)	_____ 年 _____ 月接種	12 インフルエンザ 0歳 1歳 2歳 3歳 4歳 5歳
6 新型コロナウイルス _____ 年 _____ 月接種 (最終接種)		
備考		

第 2 号様式（第 8 条関係）

病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

住所
申請者（保護者）氏名 ⑩
電話

次のとおり、病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。なお、利用期間中は、実施施設の指示に従い、保育中に病状が悪化した場合には、児童を迎えに来ること及び緊急を要するときは、実施施設において病院等に児童を受診させることに同意します。

利用希望施設名					
利用希望期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで（ 日間）				
ふりがな	性 別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
児童の氏名			年 齢	歳 か月	
通園施設等について	1 通園又は通学している。（施設名 電話番号） 2 通園又は通学していない。				
利用事由（保護者の状況）	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他（ ）				
かかりつけ医	病院・医院 担当医： 電話番号：				
緊急連絡先	住所氏名（続柄）		連絡先 電話番号：		
	住所氏名（続柄）		連絡先 電話番号：		
今回の病気について	病名			今朝の体温	℃
	現在の症状（当てはまるものに○を付けてください。） 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他（ ）				
	通園施設等欠席期間		令和 年 月 日から（ 日間）		
	処方薬を受けて（いる・いない）		市販薬を飲んで（いる・いない）		
栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中（母乳・人工・混合 1回 cc× 回） <input type="checkbox"/> 離乳食（ドロドロ・舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・歯で噛める） <input type="checkbox"/> 普通食（アトピー等による食事制限（必要・不必要）				
食事状況	全面介助 ・ 一人で食べるがかなりこぼす ・ 一人で食べる（箸・スプーン）				
行動	寝ている ・ 首がすわっている ・ 寝返る ・ 座る ・ 這う ・ 立つ ・ 伝い歩き ・ 歩行自由				
排泄	おむつ（排せつ：教える・教えない） ・ 時々おもらし ・ 自立				
備考					

【添付書類】病児・病後児保育利用医師連絡票（第 3 号様式）、投薬が必要な場合は投薬依頼書、ひとり親世帯の場合は児童扶養手当受給者証の写し
※使用料は、登園の際、必ず先に実施施設に支払うこと。

第5号様式（第10条関係）

病児・病後児保育事業使用料減免申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

住 所

保護者 氏 名

電 話 番 号

富士宮市立保育所病児・病後児保育事業実施要領第10条の規定に基づき、下記のとおり病児・病後児保育事業使用料の減免願いたく申請いたします。

記

利 用 児 童 氏 名 ・ 生 年 月 日	年 月 日生
利 用 保 育 所	保育園
使 用 料 の 額	日 額 円 (年 月 利用分)
申 請 理 由	
収 入 状 況	前 年 の 収 入 円 直 近 の 月 収 状 況 円
民 生 児 童 委 員 副 申 欄	民生児童委員 住 所 氏 名 印