

様式 1

病児・病後児保育(病後児対応型)事業利用申請書

令和 年 月 日

ナーサリーふじ園長 様

申請者 住 所
(保護者)
氏 名
電 話 自 宅
連絡先

病児・病後児保育(病後児対応型)事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、利用料算定に必要があるときは、保護者の所得、課税状況および世帯の状況について秋田市に照会することを承諾します。

保 育 所 名	保 育 所 (園)		承諾番号	
児 童 名	男・女	生年月日	平成 年 月 日	
利 用 期 間	令和 年 月 日 () ~ 令和 年 月 日 ()			
利 用 施 設				
症 状				
利 用 料 金 減 免 事 項	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯である。 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯でかつ当該年度の 市民税 が非課税である。			全額免除
※ 該当する項目 に <input checked="" type="checkbox"/> 印して ください。	<input type="checkbox"/> 両親とも前年分 所得税 が非課税である。			半額免除

※ 太枠の中を記入してください。

注意事項 1 申請にあたっては、連絡票を添付してください。

注意事項 2 利用料金の減免事項に該当する場合は、該当する旨の書類等の提示が必要な場合があります。

注意事項 3 お預かりする児童の症状によっては、他の児童への感染を防ぐため、おことわりする場合がありますのでご了承ください。

様式2

病児・病後児保育（病後児対応型）事業連絡票

児 童 名		生年月日	平成	年	月	日	男・女
令和 年 月 日、診断の結果、病気の回復期にあり、現時点での入院の必要は認められません。							
診療医療機関名 および電話番号		診断医師署名 印					

病症（病名等）	
経過（検査内容等）	
治療（処方内容）	食前・食後（ 時）・その他（ ）

保育上の留意点	
安静	特に制限なし・ベッド安静・その他（ ）
食べ物	特に制限なし・絶食・その他（ ）
薬	特になし・処方のとおり・その他（ ）
その他留意事項	

医師より上記の説明を受けたうえで、病児・病後児保育（病後児対応型）事業の利用を申し込みます。

保護者氏名

印

連絡事項	
保護者勤務先 （所在地）	
緊急時連絡先 （氏名・電話番号）	第一 電話 続柄（ ）
	第二 電話 続柄（ ）
お迎え予定者	続柄（ ）

別表 1

病児・病後児保育(病後児対応型)事業負担区分表

事業に要する経費	利用者の区分	1人当たりの負担額
児童1人1日当たりの事業費単価2,000円(飲食物費相当分を含む。)	生活保護法による被保護世帯 ひとり親世帯かつ当該年度の市町村 村民税非課税世帯	0円
	前年分所得税非課税世帯	1,000円
	一般世帯(前年分所得税課税世帯)	2,000円

※ 「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」による被支援世帯は、「生活保護法による被保護世帯」に準ずるものとする。