

病 後 児 保 育 利 用 申 請 書

園長 様

(保護者) 住所 高槻市 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 (自宅) \_\_\_\_\_  
 連絡先 (職場電話) \_\_\_\_\_

高槻市病後児保育事業実施要綱第7条の規定に基づき、病後児保育の利用を申請します。

(ふりがな) 児童名	女 男	平成 年 月 日生 (満 歳)
在籍施設名	歳クラス	
緊急連絡先 (1) 氏名 ( ) 続柄 ( ) (2) 氏名 ( ) 続柄 ( ) 職場電話 ( ) 職場電話 ( ) 携帯電話 ( ) 携帯電話 ( )		
◎かかった病気と予防接種 予防接種・感染 ヒブ (インフルエンザ菌b型) ( 回 済・未) 小児肺炎球菌 ( 回 済・未) 4種混合 3種混合・不活化ポリオ ( 回 済・未) BCG ( 回 済・未) 麻しん風しん ( 回 済・未) 水痘 ( 回 済・未) 日本脳炎 ( 回 済・未) B型肝炎 ( 回 済・未) おたふく ( 回 済・未) その他 ( ) (済・未)		◎平熱 °C ◎アレルギー(特異)体質について ・アレルギー性の病気の経験がありますか。 あれば病名及びアレルギー(原因となるもの)等、具体的に記入してください。 また、食事制限されている方も記入してください。 [ ] ・エピペン対応の有無 (有・無) ◎過去の入院または大きな病気(肝炎・心臓疾患など)やその他(持病など)必要とする配慮 [ ]
◎ひきつけの有無(あり・なし) 過去 回 最近の発作 年 月 診断名 ( ) ・けいれん止めの薬(座薬も含む) ( ) ・使用方法(熱や使用量など具体的に) ( )		

※貴職が、私及び私の世帯員の課税状況及び生活保護の受給状況について、市から情報を得ることに同意します。

※貴職が、申請内容及び添付書類に係る情報について、市に提供することに同意します。

※緊急時に備え、病後児保育利用中は必ず上記緊急連絡先に連絡が取れるようにします。連絡先に変更があった場合は、至急お伝えします。

料金表

利用料金 (1日)	① 生活保護法による被保護世帯	0円
	② 市町村民税非課税世帯	1,000円
	③ ①・②を除く世帯	2,000円

※上記①または②の世帯については、利用時に、以下の書類を添付すること。(写しでも可)

- ①の世帯・・・生活保護受給証明書
- ②の世帯・・・市町村民税課税状況を証明する書類

※上記②の世帯のうち、特に困窮している方(例、以前に生活保護法による被保護者世帯であった世帯など)については別途、保育幼稚園総務課までご相談ください。