

聖籠町告示第56号

聖籠町病児・病後児保育事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和2年4月27日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町病児・病後児保育事業実施要綱の一部を改正する告示

聖籠町病児・病後児保育事業実施要綱（平成28年聖籠町告示第72号）の一部を次のように改正する。

第7条を次のように改める。

（利用申請）

第7条 事業の利用を希望する保護者は、聖籠町病児・病後児保育事業利用申請書（別記第1号様式）により実施施設を経由して町長に申請しなければならない。併せて、医師の確認を受けた聖籠町病児・病後児保育事業診療情報提供書（別記第2号様式）を実施施設に提出しなければならない。

第9条中「第3項」を削り、「利用申込み」を「利用申請」に、「（別記第5号様式）」を「（別記第3号様式）」に改める。

第17条第1項中「利用児童の」及び「（以下この条において「保護者」という。）」を削る。

第18条第2項中「（別記第6号様式）」を「（別記第4号様式）」に、「第7条第3項に規定する申込書とともに」を「利用日までに町長に」に改め、同条第3項中「第1項の規定により負担額の減免をすることと決定したときは、その旨及び減額又は免除の別を」を「前項の規定による申請書の提出があった場合は、これを審査の上、減免の可否を決定し、」に改め、「聖籠町病児・病後児保育事業納付額減免決定通知書」を「聖籠町病児・病後児保育事業納付額減免決定（却下）通知書」に改め、「（別記第7号様式）」を「（別記第5号様式）」に改め、同条第4項を削り、同条第5項中「第3項」を「前項」に改め、同項を同条第4項とする。

別記様式第1号から別記様式第5号までを次のように改める。

別記第1号様式（第7条関係） （表）

聖籠町病児・病後児保育事業利用申請書

申請日 年 月 日

聖籠町長 様

（保護者）氏名 印

聖籠町病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		年 月 日生 男・女			
住所 聖籠町大字		電話番号			
所属校・園					
児童の健康状態	運動障害 (有・無)	言語障害 (有・無)	情緒障害 (有・無)	知能・身体の発達 (良・不良)	
かかりつけの医師 有 (医院名))・無					
世帯員 及び家庭の 状況	氏 名	児童との続柄	勤 務 先	電話番号	連 絡 優先順位
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで				
保 育 の 留 意 事 項					

承 諾	No.	—
	期間	月 日～ 月 日

(裏)

※済ませた予防接種を○で囲んでください。

BCG、三種混合、日本脳炎、はしか、風疹、おたふくかぜ、水痘、インフルエンザ
その他 ()

※かかった病気を○で囲んでください。

結核、破傷風、ジフテリア、百日咳、日本脳炎、はしか、風疹、おたふくかぜ、水痘、
溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ、インフルエンザ
その他 ()

※基礎疾患があれば○で囲んでください。その他の場合には、疾患名を記入してください。

気管支喘息、アトピー性皮膚炎、じんましん、心臓病、腎臓病、けいれん、川崎病
その他 ()

※熱性けいれん 有 (今まで 回位、最後 年 月頃) ・無

※食物アレルギー 有 (内容) ・無、 制限 有 ・無

※嫌いな食べ物

※その他

同 意 内 容

- 1 利用中は町及び施設職員の指示を守ること。
- 2 利用時間を厳守すること。
- 3 医療、食事及び精神面での心身に影響のある個人情報は実施施設に提供すること。また町から申請情報を、事業に必要な範囲において実施施設に提供すること。
- 4 実施施設は、細心の注意を払って事業を実施しますが、保育室内で児童同士の感染が起こった場合は、町及び実施施設は責任を負わないこと。
- 5 児童の症状が急激に悪化した場合には、保護者が引き取ること。なお、緊急時には、保護者の同意を得たうえで、医療機関での受診、治療、処置が行われること又は保護者と連絡がとれない場合でもこれらが行われることがあること。また、その際発生する医療費・車賃等は、保護者が負担すること。
- 6 万一の事故については、町及び実施施設の行う調査に全面的に協力し、解決の方法として用いる施設の加入する保険をもって全ての解決を行うこと。

私は病児・病後児保育事業の利用に当たり、上記全ての項目に同意します。万一、これらに反する場合は利用を中止されても異議は申し立てません。

保護者氏名 (自署) _____

別記第2号様式(第7条関係)

聖籠町病児・病後児保育事業診療情報提供書

保 護 者 記 入 欄	児	ふりがな		性別	男・女
		氏名			
		生年月日	年 月 日 (歳 か月又は小学校 年生)		
	童	住 所	聖籠町大字		
欄	保 護 者 氏 名				

病児・病後児保育施設の利用に際し、次のとおり上記児童の診療情報を提供します。

医 師 記 入 欄 (番 号 に ○ 又 は) に 記 入	傷 病 名	1 上気道炎 (かぜ症候群)	9 インフルエンザ A・B	18 伝染性膿痂疹
		2 扁桃炎	10 百日咳	19 流行性角結膜炎
		3 グループ症候群	11 咽頭結膜熱	20 中耳炎
		4 気管支炎・肺炎	12 ヘルパンギーナ	21 その他の疾患
		5 喘息性気管支炎	13 手足口病	〔 〕
		6 気管支喘息	14 流行性耳下腺炎	
		7 感染性胃腸炎 (ノロ・ロタ・細菌・不明)	15 水痘	
		8 溶連菌感染症	16 風疹	
	病 状 等	1 発熱	5 下痢	8 迅速検査実施状況
		2 咳嗽	6 発疹	()
3 喘鳴		7 その他の症状	9 その他特記すべきこと	
4 嘔吐		()	()	
児童等の状況		(児童の発育・発達・情緒等で特筆すべき内容がある場合記入)		
安 静 度	1 安静が必要	2 他児との隔離が必要	3 特になし	
診断の結果、入院の必要はないが、集団 保育は困難であると認めます。 年 月 日		医療機関名 所在地	印	
聖籠町長 様		医師名	印	
		電話番号		

※ この診療情報提供書の診療報酬は、診療情報提供料1の点数です。

別記第3号様式（第9条関係）

承諾No.	—
-------	---

年 月 日

聖籠町病児・病後児保育事業利用承諾（不承諾）決定通知書

様

聖籠町長 印

聖籠町病児・病後児保育事業の利用について承諾（不承諾）と決定しましたので、次のとおり通知します。

児 童 氏 名		生年月日	年 月 日
承 諾 期 間		年 月 日から 年 月 日まで	
不承諾の理由	利用定員超過 ・ その他（ ）		
備 考			

別記第4号様式(第18条関係)

聖籠町病児・病後児保育事業納付額減免申請書

年 月 日

聖籠町長 様

保護者 住 所 聖籠町大字
氏 名
電話番号 印

次のとおり、病児・病後児保育事業の利用に係る納付額の減免を申請します。
減免認定に必要があるときは、私及び児童が属する世帯の生活保護受給の有無及び町民税課税状況について町が調査することに同意します。

減免を希望する年度	年度		
	1		年 月 日
児 童 氏 名 生 年 月 日	2		年 月 日
	3		年 月 日
	4		年 月 日
	減免を希望する理由		
・ 利用児童の属する世帯が生活保護法による被保護世帯 【免除】 ・ 利用児童の属する世帯が当該年度分(4月～6月分までの減免の場合は前年度分)の町民税非課税世帯 【5割減額】			

別記第5号様式(第18条関係)

聖籠町病児・病後児保育事業納付額減免決定(却下)通知書

年 月 日

様

聖籠町長

印

次のとおり、病児・病後児保育の利用に係る納付額の減免について決定したので通知します。

児 童 氏 名 生 年 月 日	1		年 月 日
	2		年 月 日
	3		年 月 日
	4		年 月 日
減免の有無・割合			
減免後の金額	1日(1人)当たり		円
減免の期間	年 月 日から 年 月 日まで		
減免を認めない理由			

別記様式第6号から別記様式第8号までを削る。

附 則

この告示は、告示の日から施行する。