

様式第 1 号（第 3 条関係）

年 月 日

高 砂 市 長 様

所在地
施設名
代表者名

高砂市病児保育事業実施施設指定申請書

高砂市病児保育事業の実施に係る実施施設になることを申請します。

（ 年 月 日現在）

施設種別		施設名			
所在地	電話 ()				
職員の状況 現 員 定 数	総 数 人		常 勤	非常勤	
		看護師	人	人	
		保育士	人	人	
居室の名称					入所可能人員計
面 積					人

様式第 2 号（第 3 条関係）

第 号
年 月 日

様

高砂市長

高砂市病児保育事業実施施設指定承認通知書

先に申請のありました標記事業の実施施設の指定については、内容審査の結果、貴施設を当該事業の実施施設として下記のとおり指定することとしましたので通知します。

記

指定番号	
施設種別	
施設名	

- *事業の実施に当たっては、児童の健康状態に留意すること。
- *利用者等の個人情報保護について十分な配慮を行うこと。

様式第 3 号（第 3 条関係）

第 号
年 月 日

様

高砂市長

高砂市病児保育事業実施施設指定不承認通知書

先に申請のありました標記事業の実施施設の指定については、内容審査の結果、貴施設を当該事業の実施施設として下記のとおり指定しないことしましたので通知します。

記

不承認とした理由

様式第 4 号（第 4 条関係）

高砂市病児保育事業開始（変更）届

病児保育事業の用に供する施設	施設名称	
	建物種別	階建 造り（平面図を添付すること。）
	所在地	電話
	受入定員	人
事業内容	高砂市病児保育事業補助金交付要綱に基づく事業	
事業開始・変更年月日		年 月 日
定 款		別添のとおり
担当職員氏名	施設長	
	看護師	
	保育士	
上記のとおり高砂市病児保育事業を開始（変更）しますので、高砂市病児保育補助金交付要綱第 4 条第 1 項（第 2 項）の規定により届け出ます。		
年 月 日		
高砂市長 様		
法人所在地		
法人名称		
代表者氏名		

注 1 「開始」又は「変更」のうち、該当しない方を――で抹消すること。

2 施設には病児保育を専門に担当する者として看護師及び保育士等を配置し、当該職員の履歴書及び資格証明書(写し)を添付すること。

3 「変更」の場合は、変更内容を該当欄に記入すること。

様式第 5 号(第 4 条関係)

高砂市病児保育事業廃止（休止）届

廃止予定年月日 (休止予定期間)	年 月 日 (年 月 日～ 年 月 日 日間)
廃止(休止)の理由	(詳細に記入してください。)
現に利用している者 に対する措置	(詳細に記入してください。)
上記のとおり高砂市病児保育事業を廃止（休止）しますので、高砂市病児保育補助金交付要綱第 4 条第 2 項の規定により届け出ます。 高砂市長 様 年 月 日 法人所在地 法人名称 代表者氏名	

注「廃止」又は「休止」のうち、該当しない方を――で抹消すること。

様式第 6 号（第 5 条関係）

高砂市病児保育利用登録申請書

年 月 日

施設長

様

申請者 住 所 _____
(保護者) 氏 名 _____
(電話 -)

次のとおり病児保育の利用登録を申請します。
なお、対象児童の健康状態、治療内容等について医師に問い合わせることについて同意します。

児童の氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (年 月 日生 歳 か月)	申 請 者 と の続柄	
通所している保育所	保育所(園)	組 (電話 -)	
通院している医療機関	医療機関の名称 担当医師の氏名	(電話 -)	
加入している健康保険	保険の種類 ☐ 国保 ☐ 政管 ☐ 組合 ☐ その他 () 記号番号 保険者番号		
緊急時の連絡先	☐ 父の勤務先 (会社名等	電話 -)	
	☐ 母の勤務先 (会社名等	電話 -)	
	☐ その他 (氏名 児童との続柄	電話 -)	
アレルギーの有無	☐ 有 (症状) ☐ 無		
既往病 (今までにかかった病気に印を付けてください。)			
☐ 突発性発疹 ☐ 麻疹 (はしか) ☐ 水痘 (水ぼうそう) ☐ 風疹 (三日ばしか) ☐ 咽頭結膜炎 (プール熱) ☐ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ☐ ヘルパンギーナ ☐ 百日咳 ☐ 手足口病 ☐ 感染性紅班 (リンゴ病) ☐ 熱性ケイレン ☐ 川崎病 ☐ 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) ☐ 結核 ☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ とびひ ☐ 湿疹 ☐ 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他) ☐ その他 ()			
予防接種 (今までに受けたものに印を付けてください。)			
☐ B.C.G (結核) ☐ ギリオロ麻疹 (はしか) ☐ 日本脳炎 ☐ M.M.R (はしか、おたふく、三日ばしか、混合) ☐ 風疹 (三日ばしか) ☐ D.P.T (百日咳、ジフテリア、破傷風、混合) ☐ 水痘 (水ぼうそう) ☐ 二種混合 (ジフテリア、破傷風、混合) ☐ 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ☐ インフルエンザ ☐ その他()			
保育上注意してほしいこと。			

様式第 7 号(第 7 条関係)

高砂市病児保育利用（変更）申請書

年 月 日

施設長

様

申請者 住 所 _____
(保護者) 氏 名 _____
(電話 -)

次のとおり病児保育を利用（変更）したいので申請します。
なお、利用期間中は、施設の指示に従います。また、対象児童の健康状態、治療内容等について医師に問い合わせることについて同意します。

対象児童氏名 (生年月日・年齢)		(男・女) (年 月 日生 歳 か月)		申請者との続柄	
				保育所名	
利用 期間	申請時	年 月 日 時～ 年 月 日 時 (日間)			
	変更後	年 月 日 時～ 年 月 日 時 (日間)			
対象児童の病状等		病 名			
		症 状	☐ 発熱 ☐ 発疹 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ ケイレン ☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 吐き気 ☐ 食欲低下 ☐ 頭痛 ☐ めやに		
		病院での受診歴	☐ 受診した ☐ 受診していない		
		病院での投薬歴	☐ 投薬を受けている ☐ 投薬を受けていない		
		常備薬の服用歴	☐ 服用している ☐ 服用していない		
		その他特記事項 ※食事や健康状態等保育上の注意について記入してください。			
保護者の勤務先		(電話 -) 携帯電話			
加入健康保険		☐ 国保 ☐ 政管 ☐ 組合 ☐ その他()			
		記号番号		保険者番号	
緊急時の連絡先		住所 (電話 -)			
		氏名		対象児童との続柄	

様式第 8 号（第 7 条関係）

年 月 日

氏 名 _____ 様

法人所在地

法人名称

代表者氏名

高砂市病児保育利用（変更）決定通知書

申請のあった高砂市病児保育利用については、高砂市病児保育事業補助金交付要綱第 7 条第 2 項の規定により、次のとおり当施設での利用を決定したので通知します。

記

- 1

利用期間

年 月 日から 年 月 日まで

(変更後利用期間

年 月 日から 年 月 日まで)
- 2

利用者の負担額

円

(変更後利用者の負担額

円)

様式第9号（第7条関係）

年 月 日

様

法人所在地

法人名称

代表者氏名

高砂市病児保育利用不承認通知書

申請のあった高砂市病児保育利用については、高砂市病児保育事業補助金交付要綱第7条第2項の規定により、次のとおり当施設での利用を不承認としたので通知します。

記

利用を不承認とした理由

様式第10号（第9条関係）

年 月 日

氏 名 _____ 様

法人所在地

法人名称

代表者氏名

高砂市病児保育利用解除通知書

利用中の高砂市病児保育の利用については、次のとおり解除しますので通知します。

記

1 解除日 年 月 日

2 解除理由

様式第 11 号（第 10 条関係）

年 月 日

高砂市長 様

法人所在地
法人名称
代表者氏名

高砂市病児保育事業実績報告書

高砂市病児保育事業補助金交付要綱第 10 条の規定により 年 月から 月までの高砂市病児
保育事業の利用実績を報告します。

1 利用実績

区 分	開設日数	市内延児童数	市外延児童数
月	日	人	人
月	日	人	人
月	日	人	人
計	日	人	人

2 利用児童内訳

0 歳児	1 歳児	2 歳児	3 歳児	4 歳児	5 歳児	6 歳児
人	人	人	人	人	人	人
7 歳児	8 歳児	9 歳児	10 歳児	11 歳児	12 歳児	計
人	人	人	人	人	人	人