

**改正**

平成27年11月13日告示第174号

平成28年11月 1 日告示第186号

富里市病児・病後児保育事業実施要綱

(目的)

**第1条** この要綱は、児童が病気の回復期又は病気中のため、集団生活や家庭での育児が困難な期間、当該児童を適切な処遇が確保される施設において一時的に預かる事業（以下「事業」という。）を実施することにより、保護者の子育て及び就労の両立を支援するとともに、児童の健全な育成及び資質の向上に寄与することを目的とする。

(実施施設)

**第2条** 事業は、病院、診療所、保育所等に付設された施設であって、市長が適切と認めた施設（以下「実施施設」という。）において、実施するものとする。

(実施方法)

**第3条** 事業は、市が実施施設の設置者（以下「事業実施者」という。）に委託して実施するものとする。

(対象児童)

**第4条** 事業を利用できる児童は、次の各号のいずれにも該当する児童とする。

- (1) 当面症状の急変は認められないが、病気の回復期に至っていないことから、集団保育が困難な児童（以下「病児」という。）又は病気の回復期にあり、医療機関における入院治療は必要ないが、安静の確保に配慮する必要がある児童（以下「病後児」という。）
- (2) 生後6か月を経過した日から満9歳に達した年度の末日までの間にある児童
- (3) 保護者の勤務、疾病、事故、出産、冠婚葬祭その他やむを得ない理由により家庭における保育が困難な児童

(実施施設の基準等)

**第5条** 実施施設は、保育室、観察室又は安静室、調理室及び調乳室その他実施に必要な設備を有するものとし、その基準は、次のとおりとする。

- (1) 保育室の面積は、原則として利用定員1人当たり1.98平方メートル以上とし、1室8平方メートルを下回らないこと。
- (2) 観察室又は安静室は、児童の静養又は隔離を持つ部屋であって、原則として利用定員1人当たり1.65

平方メートル以上の面積を有すること。

- (3) 調理室及び調乳室を有すること。ただし、専用の調乳室を設けることができないときは、調理室の一部を調乳場として区画すること。
- (4) 実施場所は、事故防止及び衛生面に配慮されている等、児童の保育に適した場所であること。
- (5) その他事業の実施に必要な設備を有すること。

2 実施施設1か所当たりの利用定員は、原則として1日につきおおむね6人とする。

3 実施施設の職員の配置は、保健師、助産師、看護師及び准看護師のうちから1人以上配置するとともに、保育士を利用児童のおおむね3人につき1人以上配置するものとする。

(利用期間)

**第6条** 事業の利用期間は、1回の利用につき連続した7日以内（実施施設の休日を除く。）の期間とする。

ただし、事業実施者が児童の健康状態に対する医師の判断及び当該児童の保護者の状況等により利用期間を延長することが必要と認めるときは、この限りでない。

(開設時間及び開設日)

**第7条** 実施施設の開設時間は、午前8時から午後6時までを基本として、市長と事業実施者の協議により決定する。

2 開設日は、市長と事業実施者の協議により決定する。

(利用の制限)

**第8条** 事業実施者は、児童が次の各号のいずれかに該当する場合は、事業の利用を拒むことができる。

- (1) 病状が重く、入院加療の必要があるとき。
- (2) 定員を超え、事業の維持が困難であるとき。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、事業の利用を不相当と認めたとき。

(利用の登録等)

**第9条** 事業を利用する児童の保護者（以下「保護者」という。）は、あらかじめ富里市病児・病後児保育事業利用登録申請書（別記第1号様式）及び同意書（別記第1号様式の2）を市長に提出し、当該児童の利用について登録を受けなければならない。ただし、緊急かつやむを得ない事由があるときは、実施施設を経由して提出することができるものとする。

2 市長は、前項の規定による申請があった場合は、その内容を審査の上、登録の可否を富里市病児・病後児保育事業利用登録承認（却下）通知書（別記第2号様式）により申請者に通知するものとする。

3 登録の有効期限は各年度の末日までとし、登録を更新する場合は富里市病児・病後児保育事業利用登録更新申請書（別記第3号様式）により申請するものとする。

(利用の申込み等)

**第10条** 前条の規定により登録を受けた保護者は、事業を利用しようとするときは、利用する最初の日の前日（当該日が休診日である場合は、当該日の直前の日）までに、当該児童に医師の診察を受けさせなければならない。ただし、登録と利用する最初の日が同じ場合は、この限りでない。

2 保護者は、利用する最初の日に、富里市病児・病後児保育事業利用申込書（別記第4号様式）、保護者からの連絡ノート（別記第5号様式）及び前項の規定による診察の結果を記載した富里市病児・病後児保育事業診療情報提供書（別記第6号様式）を事業実施者に提出しなければならない。

3 事業実施者は、保護者の申込みの際し、必要と認めるときは、実施施設に併設する病院等において児童の診察を行うことができる。

4 実施施設への対象児童の送迎は、保護者が行うものとする。

(費用の負担)

**第11条** 保護者は、事業の利用に際し、児童1人につき、別表に掲げる利用料を事業実施者に支払わなければならない。

2 事業実施者は、前項に規定する利用料のほか、事業に要した食費等の実費を保護者に請求することができる。

(費用の免除)

**第12条** 本市に居住し、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に規定する本市の住民基本台帳に記載されている児童の**保護者**は、次の各号のいずれかに該当すると認められたときは、前条第1項の利用料の免除を受けることができるものとする。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による**被保護世帯**（利用の登録を申請する日において生活保護を受けている世帯をいう。）

(2) 母子及び父子並びに寡婦福祉法（昭和39年法律第129号）に定める配偶者のいない女子及び男子で現に児童を扶養している者の世帯のうち、**市民税非課税世帯**（利用の登録を申請する日の属する年度の前年度の市民税が非課税の世帯をいう。）

2 前項の規定により、利用料の免除を受けようとするときは、富里市病児・病後児保育事業利用料免除申請書（別記第7号様式）にその理由を証する書類その他市長が必要と認める書類を添えて、市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による申請書の提出を受けたときは、その内容を審査の上、利用料の免除の可否を決定し、富里市病児・病後児保育事業利用料免除決定通知書（別記第8号様式）により、申請人に通知す

るものとする。

(実績報告)

**第13条** 事業実施者は、事業を実施した月の翌月10日までに富里市病児・病後児保育事業実績報告書（別記第9号様式）を市長に提出しなければならない。

(補則)

**第14条** この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

**附 則**

この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

**附 則**（平成27年11月13日告示第174号）

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

**附 則**（平成28年11月1日告示第186号）

この告示は、公示の日から施行する。

**別表**（第11条関係）

	利用時間（1日当たり）	事業を利用する児童1人当たりの利用料の額 （1日当たり）
本市に住所 を有する児 童	5時間以上	2,000円
	5時間未満	1,000円
本市以外に 住所を有す る児童	5時間以上	3,000円
	5時間未満	1,500円

**別記**

**第1号様式**（第9条関係）

※登録番号	—
-------	---

第1号様式（第9条関係）

富里市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

富里市長 様

申請者 住所  
 (保護者) 氏名 (印)  
 電話 (自宅) ( )

富里市病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 月)	
児童氏名						
愛称						
体重	g・kg	身長	cm			
通学(園)施設名	保育所・保育園・幼稚園・小学校 電話 ( )					
かかりつけ医の 医院名	電話 ( )					
保護者氏名	氏名	続柄	勤務先名	連絡先	緊急連絡先	
健康 保険	記号	番号				
	保険者番号	健康保険名称				
食事	乳児	ミルク	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工	1回量( )CC	回数( )/日	
		離乳食	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期	回数( )/日		
昼食	幼	食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> はしを使う <input type="checkbox"/> スプーン・フォークを使う			
		食事時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則			
時頃	児	食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある			
		好きな物		嫌いな物		

排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝る時だけ <input type="checkbox"/> トレーニング中					
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 一人です	回数( )/日				
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらおう <input type="checkbox"/> 一人です	回数( )/日				
	したい時	<input type="checkbox"/> 動作で知らせる <input type="checkbox"/> 言葉で知らせる <input type="checkbox"/> 知らせない					
昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する						
好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> うつぶせ <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他( )						
好きな遊び							
性格・くせ 怖がるもの など							
生まれた頃の様子							
周産期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	出生時の体重	( ) g			
	胎児週数	( )週	出生時の身長	( ) cm			
	分娩異常	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
予防接種の状況							
<input type="checkbox"/> 四種混合	I期	1回	年 月	<input type="checkbox"/> 三種混合	I期	1回	年 月
		2回	年 月			2回	年 月
		3回	年 月			3回	年 月
		追加	年 月			追加	年 月
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	1回	年 月	<input type="checkbox"/> ヒブ ワクチン	1回	年 月		
	2回	年 月		2回	年 月		
	3回	年 月		3回	年 月		
	追加	年 月		追加	年 月		
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん ワクチン	I期	年 月	<input type="checkbox"/> 水痘 (みずぼうそう)		年 月		
	II期	年 月			年 月		
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1回	年 月	<input type="checkbox"/> B型肝炎		年 月		
	I期 2回	年 月			年 月		
	追加	年 月			年 月		
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	1回	年 月	<input type="checkbox"/> 流行性 耳下腺炎 (おたふく)		年 月		
	2回	年 月			年 月		
	3回	年 月			年 月		
<input type="checkbox"/> ポリオ (生ワクチン・不 活化ワクチン)	1回	年 月	<input type="checkbox"/> BCG		年 月		
	2回	年 月		<input type="checkbox"/> インフルエンザ (当年度)		年 月	
	3回	年 月			年 月		
	追加	年 月	<input type="checkbox"/> その他				

病歴等がある場合、以下の項目にお答えください。			
生まれつきの病気はありますか。	□はい（病名（ ））		
□食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> ソバ <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> その他 （ ）		
□薬物アレルギー	種類等（ ）		
□熱性けいれん（ ）回	□初回	歳	月
	最後	歳	月
□突発性発疹	歳頃		
□麻疹（はしか）	歳頃		
□風疹（三日ばしか）	歳頃		
□流行性耳下腺炎（おたふく）	歳頃		
□水痘（みずぼうそう）	歳頃		
□百日咳	歳頃		
□B型肝炎（□キャリアー）			
□副鼻腔炎 □中耳炎			
□喘息	治療	薬	□毎日 □発作時 □無
□喘息様気管支炎		吸入	□毎日 □発作時 □無
□アトピー性皮膚炎	治療	□内服薬	
		□食事療法	
□川崎病	心臓合併症 □有 □無		
□気になる発達の状況	※具体的にご記入ください		
□入院	病名（ ）		
□その他	病名（ ）		

※該当欄□にレ印を付けてください。

※個人情報は、保育に必要な場合のみ使用し、他の目的では使用しません。

第1号様式の2（第9条関係）

同 意 書

年 月 日

富里市長 様

申請者 住所  
(保護者) 氏名 ⑩  
児童氏名

私は、病児・病後児保育事業を利用するに当たり、下記の内容について同意します。

記

- 1 児童の状態が悪化した場合には、保護者が引き取ること。また、保護者へ連絡が取れない場合、保護者が引取りに来るまでの時間が長い場合又は児童の状態が緊急を要する場合は、事業実施者の判断で保護者の了解を得ないまま医療機関を受診し治療が行われることがあること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 2 事業実施者は、保護者の申込みに際し、必要と認めるときは、実施施設に併設する病院等において児童の診察を求めることがあること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 3 事業実施者は、細心の注意を払って事業を実施するが、やむを得ず実施施設内で児童同士の感染が起こった場合は、当該事業実施者は責任を負わないこと。
- 4 事業実施者より指示された預かり時間を厳守すること。
- 5 事業の利用に当たり提出された資料について、事業の実施に必要な範囲で、事業実施者及び市が使用・管理すること。
- 6 事業実施者の指示事項を守ること。また、これに反する場合は、事業を利用することができなくなる可能性があること。

第2号様式（第9条関係）

富里市病児・病後児保育事業利用登録承認（却下）通知書

年 月 日

様

富里市長



年 月 日付で申請のありました富里市病児・病後児保育事業利用登録について、承認（却下）しましたので、富里市病児・病後児保育事業実施要綱第9条第2項の規定により通知します。

記

児童の氏名	
住 所	
生 年 月 日	
登 録 番 号	—
登録年月日	年 月 日
有効期間	年3月31日まで
却下理由 ※却下の場合のみ	

※裏面をご覧ください。

## 備考

- 1 本事業の利用を希望される方は、利用日の前日までにかかりつけ医を受診していただき、富里市病児・病後児保育事業診療情報提供書の交付を受けてください。
- 2 ご利用になる初日の日に、富里市病児・病後児保育事業利用申込書、同意書及び診療情報提供書を、利用する事業実施者に提出してください。
- 3 事業実施者は、保護者の利用の申込みに際し、必要と認めるときは、実施施設に併設する病院等において児童の診察を行うことができることとなっていますので、ご利用になる当日は、事業実施者へ当日診断の有無について必ず確認をしてください。
- 4 ご利用の予約方法やキャンセル、お持ちいただくもの等は、予め事業実施者に確認してください。
- 5 負担金及び食事代・おやつ等の実費相当額については、ご利用後、直接事業実施者へお支払いください。ただし、利用料（食事代・おやつ等の実費相当額を除く）の免除の決定を受けた方は、富里市病児・病後児保育事業負担金免除決定通知書を事業実施者に提示した場合は、利用料は免除となります。
- 6 登録は、毎年度必要となりますので、有効期限後引き続きご利用を希望される方は、再度申請してください。
- 7 事業に関しご不明な点は、担当（富里市 ）までお問い合わせください。

## 第3号様式（第9条関係）

第3号様式（第9条関係）

※登録番号	—
-------	---

富里市病児・病後児保育事業利用登録更新申請書

年 月 日

富里市長 様

申請者 住所  
 (保護者) 氏名 ④  
 電話 (自宅) ( )

富里市病児・病後児保育事業実施要綱第9条第3項の規定により、次のとおり申請します。

ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日生
児童氏名						( 歳 月)
通学(園)施設名	保育所・保育園・幼稚園・小学校 電話 ( )					
かかりつけ医の 医院名	電話 ( )					
保護者氏名	氏 名	続柄	勤務先名	連絡先	緊急連絡先	
健康 保険	記号		番号			
	保険者番号		健康保険名称			
前回登録以降に発症した病気, アレルギーなど						

備考 個人情報 は、保育に必要な場合のみ使用し、他の目的では使用しません。

第4号様式（第10条関係）

※ 登録番号	—
--------	---

富里市病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

富里市長 様

(保護者) 住 所  
氏 名  
電話 (自宅) ( )

病児・病後児保育事業を利用したいので、富里市病児・病後児保育事業実施要綱第10条第2項の規定により、次のとおり申し込みます。

ふりがな		性 別	生 年 月 日
児童氏名		男・女	年 月 日生 ( 歳 か月)
利用を希望する日時	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで 午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
利用を希望する理由	1 仕事 2 疾病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他 ( )		
緊急連絡先	氏 名 (続柄 ) 連絡先の名称 電 話 番 号 ( )		

備考

- 1 実施施設を利用される場合は、毎日「家庭との連絡票」を事業実施者に提出してください。
- 2 事業実施者は、本利用申込書を受理後原本を市長に提出し、写しを保管すること。

第5号様式（第10条関係）

保護者からの連絡ノート

年 月 日記入

児童氏名	本日の緊急連絡先 ( )	お迎え予定時間
	連絡先名	お迎え予定者

1 今回の疾病について

主 な 症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記入してください） ( )
症状の始まりと経過	年 月 日から
昨日から今朝の症状	
病 名 (病名がわかっている場合は□にレを付けてください。)	<input type="checkbox"/> 急性上気道炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 胃腸炎 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 気管支炎・肺炎 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 流行性角膜炎 <input type="checkbox"/> 急性出血性結膜炎 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ウイルス性肝炎 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> その他 ( )

2 お薬について

家での薬の飲み方	
与薬	<input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない

3 保護者と実施施設の連絡について

別紙の「家庭との連絡票」に記入してください。

備考 与薬をご希望の場合は、お薬手帳の写しなど説明書を提出してください。

※お預かり時に上記事項について確認しました。

お預かり保育者サイン ( ) 保護者サイン ( )

別紙

家庭との連絡票

児童名 \_\_\_\_\_

月 日	年 月 日	
	家庭での様子	病児・病後児保育室での様子
体 温	前夜 時 分 °C	(朝) 時 分 °C
	今朝 時 分 °C	(昼) 時 分 °C
		(夕) 時 分 °C
鼻 水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無
せ き	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無
喘 鳴	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無
嘔 吐	前夜 無・有 ( 回)	午前 無・有 ( 回)
	今朝 無・有 ( 回)	午後 無・有 ( 回)
排泄状況	便 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便( 回)	便 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便( 回)
	尿 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	尿 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
水 分 量	前夜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> ミルク・牛乳 cc
	今朝 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	<input type="checkbox"/> その他 cc
食 事	前夜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	昼食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない
	今朝 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 量： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量	
薬	内服薬 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 内服せず	内服薬 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 内服せず
	解熱剤 <input type="checkbox"/> 使用 ( 時) <input type="checkbox"/> 使用せず	解熱剤 <input type="checkbox"/> 使用 ( 時) <input type="checkbox"/> 使用せず
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不眠
機 嫌	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 興奮
安 静 度	<input type="checkbox"/> 寝かせていた <input type="checkbox"/> 起きて遊んでいた	<input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> ベット上 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育
子どもの様子		

※該当欄□にレを付けてください。

第6号様式 (第10条関係)



既往歴 家族歴		薬・その他の アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
食事の指示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
処方内容	<input type="checkbox"/> 薬剤情報参照	別紙説明書のとおり	
	<input type="checkbox"/> その他の処方		
	<input type="checkbox"/> コメント		
医師所見			

備考

- 1 この様式を書いていただく料金は、保険診療（診療情報提供書Ⅰ）の扱いとなります。ただし、患者一人につき月1回に限ります。
- 2 事業実施者は、受理後原本を市長に提出し、写しを保管すること。
- 3 該当欄□にレを付けてください。

第7号様式（第12条関係）

第7号様式（第12条関係）

富里市病児・病後児保育事業利用料免除申請書

年 月 日

（宛先）富里市長

申請者 住 所  
（保護者）氏 名 ⑩  
電話（自宅） （ ）

富里市病児・病後児保育事業実施要綱第12条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 生活保護世帯に該当する。
- 2 市民税非課税世帯に該当する。

※該当する番号を○で囲んでください。

※市民税非課税世帯に該当する場合、前年度の市民税非課税証明書等、非課税であることを証することのできる直近の書類を添付してください。

※生活保護世帯及び市民税非課税世帯の確認について、以下のとおり承諾いただければ、1・2の状況について市で確認します。

利用料の免除に当たり、私の属する世帯の状況を富里市長が確認することに承諾いたします。

また、必要に応じて、証拠書類等資料を提出します。

住 所

保護者氏名

⑩

第8号様式（第12条関係）

第8号様式（第12条関係）

富里市病児・病後児保育事業利用料免除決定通知書

年 月 日

様

富里市長



年 月 日付で申請のありました富里市病児・病後児保育事業負担金免除について、承認（却下）しましたので、富里市病児・病後児保育事業実施要綱第12条第3項の規定により通知します。

記

児童の氏名	
住 所	
生 年 月 日	
登 録 番 号	—
登録年月日	年 月 日
有効期間	年3月31日まで
却下理由 ※却下の場合のみ	

第9号様式（第13条関係）

富里市病児・病後児保育事業実績報告書

年 月 日

富里市長 様

所在地  
実施施設名  
事業実施者

印

年 月分の利用実績について、下記のとおり報告します。

記

1 開設日数 \_\_\_\_\_日

2 利用者数 \_\_\_\_\_人  
(内訳)

区 分	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	小1	小2	小3	計
市内居住										
市外居住										
合 計										
うち減免人数										

### 3 利用状況

日	曜日	児童名	通園施設名	疾患名	利用実績		
					利用時間	昼食	おやつ
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無
					: ~ :	1日・5H未満 有・無	有・無

### 4 利用の申込みがあったが、利用を断った件数

月日	児童名	利用を断った理由