

京都市病児・病後児保育事業利用申請書

(あて先) 京都市長 実施施設の長様	利用日 年 月 日 ～ 年 月 日
申請者住所 申請者名	電話 — 緊急連絡先 — (保育中必ず連絡の取れる番号を記入してください)

下記のとおり、京都市病児・病後児保育事業を利用したいので申請します。

対象児童氏名	生年月日 年 月 日 (男・女) 申請者との続柄 ()		
所属保育所・幼稚園等	今月何回目の利用ですか	初めて・()回目	
児童の状況 ・症状 (できるだけ詳しく経過をご記入ください) () ・医師には (受診済み・未受診) ・薬を飲んで (いる・いない) (薬の名:) ・朝食は (食べた・食べていない) ・昨夜の睡眠時間は (約 時間)			
利用者区分 (下記に該当する方は証明書類を提出してください。減免の制度があります)	家庭で育児できない理由		
生活保護受給世帯 (該当・非該当)	勤務・冠婚葬祭・出産・		
市民税非課税世帯 (該当・非該当)	病気・その他 ()		
所得税非課税世帯 (該当・非該当)	送り迎えされる方の氏名・続柄		

※ 裏面も記入してください。

京都市病児・病後児保育事業利用（承認・不承認）決定書

年 月 日

(申請者氏名) _____ 様

京都市長
(実施施設の長)

京都市病児・病後児保育事業について、下記のとおり（承認・不承認）します。

利用の可否	可 ・ 否 (理由)				
対象児童氏名	利用日	年 月 日	利用料金	円	

(裏面)

対象児童氏名		
既往歴（今までかかったことのある病気すべてに○をつけてください。）		
1. 突発性発疹	2. 麻しん（はしか）	3. 水ぼうそう
4. 風しん（三日ばしか）	5. 咽頭結膜熱（プール熱）	6. おたふくかぜ
7. ヘルパンギーナ	8. 百日咳	9. 手足口病
10. 伝染性紅斑（リンゴ病）	11. 熱性けいれん	12. 川崎病
13. 異型肺炎（マイコプラズマ肺炎）	14. 結核	15. 喘息
16. アトピー性皮膚炎	17. とびひ	18. 湿疹
19. その他（		
アレルギー体質の有無 有*できるだけ詳しくご記入願います。 無 〔		
予防接種（これまで受けたものすべてに○をつけてください。）		
1. 5種混合（DPT-IPV-Hib）百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ・Hib		
2. 4種混合（DPT-IPV）百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ		
3. 3種混合（DPT）百日咳・ジフテリア・破傷風		
4. 2種混合（DT）ジフテリア・破傷風		
5. ロタウイルス		
6. ヒブ（Hib）		
7. 小児肺炎球菌		
8. B型肝炎		
9. MR（麻しん・風しん混合）		
10. 水痘		
11. 日本脳炎		
12. 単独ワクチンで受けた場合（ポリオ・麻しん・風しん）		
13. BCG（結核）		
14. インフルエンザ		
15. おたふくかぜ		
16. その他（		
）		
その他注意すべきことなどがありましたらご記入ください。		
〔		