

浜田市病児・病後児保育室条例施行規則をここに公布する。

令和 3 年 7 月 7 日

浜田市長 久保田 章 市

浜田市規則第 33 号

浜田市病児・病後児保育室条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、浜田市病児・病後児保育室条例（令和3年浜田市条例第30号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(事業)

第2条 条例第3条第1号の事業は、病児保育事業の実施について（平成27年7月17日付け雇児発0717第12号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）に定める病児対応型及び病後児対応型によるものとする。

(定員)

第3条 浜田市病児・病後児保育室（以下「病児・病後児保育室」という。）の定員は、6人とする。

(登録申込み)

第4条 条例第9条の規定により病児・病後児保育室の利用に係る登録を受けようとする児童等の保護者（以下「申込者」という。）は、浜田市病児・病後児保育室利用登録申込書兼児童台帳（様式第1号）を指定管理者に提出しなければならない。

(登録決定)

第5条 指定管理者は、前条に規定する申込みがあったときは、速やかに内容を審査し、登録の可否を決定し、浜田市病児・病後児保育室利用登録決定（却下）通知書（様式第2号）により申込者に通知するものとする。

(利用許可の申請)

第6条 条例第10条の規定により病児・病後児保育室の利用の許可を受けようとする児童等の保護者（以下「申請者」という。）は、病児・病後児保育室を利用しようとする日の前日までに利用の予約をした上で、浜田市病児・病後児保育室利用許可申請書（様式第3号）に医師が作成した診療情報提供書（様式第4号）を添付して、病児・病後児保育室を利用する際に指定管理者に提出しなければならない。ただし、指定管理者が緊急かつやむを得ない理由があると認めるときは、この限りでない。

(利用許可)

第7条 指定管理者は、前条に規定する申請があったときは、許可の可否を決定し、許可したときは、浜田市病児・病後児保育室利用許可通知書（様式第5号）を申請者に交付するものとする。

2 前項の規定により許可する期間は、条例第7条の休館日を除き、連続して7日以内とする。ただし、児童等の健康状態、保護者の状況等により、同日後も引き続き病児・病後児保育室の利用が必要と指定管理者が認めるときは、この限りでない。

(利用料金の減免)

第8条 条例第14条の規定により利用料金を減額し、又は免除することができるとき、及びその額は、次に掲げるとおりとする。

(1) 病児・病後児保育室を利用する日の属する年度(4月1日から8月31日までに利用する場合にあっては、前年度。次号において同じ。)の市町村民税が非課税の世帯の児童等が利用するとき 利用料金の全額

(2) その他市長が特別の理由があると認めるとき その都度市長が定める額

(利用料金の還付)

第9条 条例第15条ただし書の規定により既に納付した利用料金(以下「既納利用料金」という。)を還付することができるとき、及びその額は、次に掲げるとおりとする。

(1) 災害又は児童等の保護者の責めに帰さない理由により、利用できなくなったとき 当該既納利用料金の全額

(2) その他市長が特別の理由があると認めるとき その都度市長が定める額

(損傷等の届出)

第10条 条例第16条の届出は、浜田市病児・病後児保育室損傷紛失等届(様式第6号)によるものとする。

(その他)

第11条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、条例の施行の日から施行する。

(浜田市病後児保育室条例施行規則の廃止)

2 浜田市病後児保育室条例施行規則(平成30年浜田市規則第29号)は、廃止する。

様式第 1 号（第 4 条関係）

（表）

年 月 日

指定管理者 様

保護者 住所

氏名

（署名又は記名押印）

連絡先

勤務先

浜田市病児・病後児保育室利用登録申込書兼児童台帳

浜田市病児・病後児保育室の利用についての登録を受けたいので、浜田市病児・病後児保育室条例第 9 条の規定により次のとおり申し込みます。

また、利用料金の算定に際して、指定管理者が私の世帯の市町村民税の課税状況等を市長に照会することに同意します。

(ふりがな)		男	生年月日
児童等氏名		女	年 月 日生 (満 歳)
現在通っている保育所等の名称			緊急連絡先
登録期間		年 月 日から	年 3 月 31 日まで
児童等の世帯状況（登録児童等以外を記入してください。）			
続柄	氏名	生年月日	勤務先・保育所・学校等
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

認定欄

市町村民税	所得割合算額	利用料金
課税 ・ 非課税	未満 ・ 以上	

(裏)

児童等の状況			
ジフテリア 百日咳 破傷風（三種混合）	1回： 年 月 2回： 年 月 3回： 年 月 追加： 年 月	四種混合	1回： 年 月 2回： 年 月 3回： 年 月 追加： 年 月
ポリオ	1回： 年 月 2回： 年 月	小児肺炎球菌	1回： 年 月 2回： 年 月
不活化ポリオ	1回： 年 月 2回： 年 月 3回： 年 月 追加： 年 月	ヒブ	3回： 年 月 4回： 年 月
BCG	年 月		1回： 年 月 2回： 年 月 3回： 年 月 4回： 年 月
麻疹、風疹 （混合MRワクチン）	第1期： 年 月 第2期： 年 月	ロタ	1回： 年 月 2回： 年 月 3回： 年 月
日本脳炎	1回： 年 月 2回： 年 月 追加： 年 月 2期： 年 月	インフルエンザ	年 月 年 月
水ぼうそう	年 月	おたふくかぜ	年 月
これまでの病気（該当の□にチェックを入れてください。）	けいれん	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（発熱あり）：過去 回 <input type="checkbox"/> ある（発熱なし）：過去 回	
	喘息・喘息様 気管支炎	毎日薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 発作時だけ 毎日吸入療法を <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 発作時だけ	
	アトピー性皮膚 炎	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（治療法： <input type="checkbox"/> 内服液 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> 食事療法）	
	その他の病気	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） 歳 カ月 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう 歳 カ月 <input type="checkbox"/> 風疹（三日はしか） 歳 カ月 <input type="checkbox"/> りんご病 歳 カ月 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ 歳 カ月 <input type="checkbox"/> 手足口病 歳 カ月 その他（ ）	
	入院歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある：病名（ ） 歳 カ月 病名（ ） 歳 カ月	
薬し常 て時 い内 る服	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれんなどで常時内服している薬があれば、具体的に記入してください。		
食事	食事制限の指示を主治医などから受けている場合は、具体的に記入してください。		
その他	体質（薬物アレルギーなど）やくせなど、心配なこと・配慮してほしいことを具体的に記入してください。		

様式第 2 号（第 5 条関係）

年 月 日

様

指定管理者

印

浜田市病児・病後児保育室利用登録決定（却下）通知書

年 月 日付けで申込みのありました浜田市病児・病後児保育室の利用登録について、次のとおり登録を決定（却下）しましたので、浜田市病児・病後児保育室条例施行規則第 5 条の規定により通知します。

児童等の氏名及び生年月日	年 月 日生
登録期間	年 月 日から 年 3 月 31 日まで
利用料金	日額 円 (減免後 日額 円)

※ 利用料金には、食事代及びおやつ代は含まれません。

(却下理由)

様式第 3 号（第 6 条関係）

年 月 日

指定管理者 様

保護者 住所

氏名

（署名又は記名押印）

緊急連絡先

浜田市病児・病後児保育室利用許可申請書

浜田市病児・病後児保育室の利用をしたいので、浜田市病児・病後児保育室条例第 10 条の規定により次のとおり申請します。

併せて、利用料金の減免事由に該当するときは、その減免を申請します。

なお、児童等の容体が悪化した場合等には、私に対応します。

また、緊急時には、私に連絡がなくとも医療機関での受診や治療を行うこと、及びその医療費等は私が負担することに同意します。

(ふりがな)	男	生年月日
児童等氏名	女	年 月 日生 (満 歳)
利用希望期間	年 月 日から	
	年 月 日まで	(日間)
利用児童等の状況		
病気の種類 (病名) <input type="checkbox"/> 日常罹患する疾病 (感冒、消化不良症等) <input type="checkbox"/> 感染性疾患 (はしか、水痘、風疹等) <input type="checkbox"/> 慢性疾患 (喘息等) <input type="checkbox"/> 外傷性疾患 (熱傷等) <input type="checkbox"/> その他 ()		
発病年月日	年 月 日	(推定年月日)
通院病院名		
病状及び経過等 (前夜から当日朝までの様子)		
児童を看護できない理由 <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()		

診療情報提供書

指定管理者 様

医療機関 所在地

名称

医師名（署名又は記名押印）

電話番号

患者（児童等）氏名	:	性別	:	男・女
住所	:	電話番号	:	
生年月日	:	年 月 日	:	() 歳

【傷病名および主な症状】		
<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 消化不良症 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 自家中毒症 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結含む）	<input type="checkbox"/> 膿痂疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 病名不明	主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他（ ） 体温（ ）℃

【紹介目的】
 当該児童等が浜田市病児・病後児保育室を利用することについては差し支えないと判断します。また、病児・病後児保育につき当該児童等の状況を報告します。

【既往歴及び家族歴】

【保育の留意点、病状経過など】

保育の留意点 <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい） <input type="checkbox"/> 室内安静（他児との静かな遊びは可能） <input type="checkbox"/> 他児との隔離を要する <input type="checkbox"/> その他（ ）	病状経過
--	------

【現在の処方】

薬品名①（ ）	投与方法	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食間	<input type="checkbox"/> その他（ ）
②（ ）	投与方法	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食間	<input type="checkbox"/> その他（ ）
③（ ）	投与方法	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	<input type="checkbox"/> 食間	<input type="checkbox"/> その他（ ）

【その他の連絡事項】

様式第 5 号（第 7 条関係）

年 月 日

様

指定管理者

印

浜田市病児・病後児保育室利用許可通知書

年 月 日付けで申請のあった浜田市病児・病後児保育室の利用について、次のとおり許可しましたので、浜田市病児・病後児保育室条例施行規則第 7 条の規定により通知します。

児童等氏名及び 生年月日	年 月 日生
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用料金	日額 円 (減免後 日額 円)

様式第 6 号（第 10 条関係）

年 月 日

浜田市病児・病後児保育室損傷紛失等届

指定管理者 様

保護者 住所
氏名
連絡先

下記のとおり、浜田市病児・病後児保育室の施設等を損傷、紛失等しましたので、届け出ます。

記

- 1 利用児童等の氏名
- 2 損傷紛失等の日時 年 月 日 時
- 3 損傷紛失等の名称及び数量
- 4 損傷紛失等の状況
- 5 その他