

年 月 日

(提出先)

大阪市長

名 称

代表者氏名

大阪市病児・病後児保育事業 開始 ・ 変更 届

標記について、次のとおり大阪市病児・病後児保育事業を 開始 ・ 変更 しますので、大阪市病児・病後児保育事業実施要綱第 2 条の規定により届出します。

事業の種類 (事業の種類)	病児対応型 ・ 病後児対応型
事業の内容(※)	大阪市病児・病後児保育事業実施要綱第 3 条各号に記載のとおり
経営者氏名 (法人等の名称)	
経営者住所 (主たる事務所の所在地)	

職員の定数及び 職務内容	職員数 名 (常勤 名 非常勤 名) (職員氏名や職務の内容等は別紙に記載)		
事業区域			
施設の名称		施設の種類	
施設の所在地	大阪市 区		電話
利用定員	人	事業開始・変更年月日	年 月 日
基本時間		延長時間	
対象年齢			
面積及び構造	施設の面積	㎡	
	保育室	㎡ [1 人あたり ㎡]	
	建物の構造	造 階建 (設置図、平面図を添付)	
設備	観察室	安静室	調理室
	ベビーベッド	遊具	その他 ()

・ 開始、変更のいずれかに○を付してください。

※ 開始届の場合、定款その他の基本約款、事業計画書及び収支予算書を添付してください。ただし、インターネットを利用して内容を確認できる場合は、URL等を記載してください。

別紙

1 主な職員

職 員 氏 名	生 年 月 日	常 勤 ・ 非 常 勤	職 務 の 内 容	資 格 の 内 容

- ・ 主な職員とは、施設長、当該事業のサービス提供責任者等をいいます。
- ・ 履歴書及び免許状（看護師免許、保育士証等）の写しを添付してください。（変更届の場合、主な職員の変更を伴う場合のみ添付してください。）

2 担当職員

職 員 氏 名	生 年 月 日	常 勤 ・ 非 常 勤	職 務 の 内 容	資 格 の 内 容

- ・ 履歴書及び免許状（看護師免許、保育士証等）の写しを添付してください。（変更届の場合は、担当職員全員について記載し、変更があった担当職員分のみ履歴書及び免許状の写しを添付してください。）

年 月 日

(提出先)
大阪市長

名 称
代表者氏名

大阪市病児・病後児保育事業 廃止 ・ 休止 届

標記について、次のとおり大阪市病児・病後児保育事業を 廃止 ・ 休止 しますので、大阪市病児・病後児保育事業実施要綱第 2 条の規定により届出します。

経 営 者 氏 名 (法 人 の 名 称)	
経 営 者 住 所 (主たる事務所の所在地)	

施 設 の 名 称	
施 設 の 所 在 地	大阪市 区
事業廃止（休止） 年 月 日	年 月 日
廃止（休止）理由	
現に便宜を受けて いる児童に対する 措置	
休 止 予 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日

大阪市病児・病後児保育利用登録申請書

No.

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		愛称
児童氏名		男・女	平成 令和	年 月 日生 歳 か月	
通所施設	保育所(園) 組 (Tel) 幼稚園・小学校				
通院病(医)院	病(医)院 担当医師 (Tel)				
健康保険証番号	記号	番号	枝番	保険者番号	
保護者住所	〒 -				
ふりがな					
保護者氏名	(Tel)				
緊急連絡先	①	(Tel)			
	②	(Tel)			
アレルギー等(当てはまる症状があれば、○をつけてください。)					
1. 食物アレルギー (何:) 2. アトピー性皮膚炎 3. 気管支喘息 4. じんましん 5. 鼻炎 6. その他 ()					
上記症状に関する配慮事項(医師からの指示、投薬など)					
既往症(今までにかかった病気すべてに○をつけてください。)					
1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風しん 5. 咽頭結膜炎(プール熱) 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. 百日咳 8. 川崎病 9. 異型肺炎 10. マイコプラズマ感染症 11. RSウイルス感染症 12. 伝染性紅斑(リンゴ病) 13. 手足口病 14. 熱性けいれん 15. ヘルパンギーナ 16. とびひ 17. 湿疹 18. 結核 19. その他の大きな病気やけが (病名: いつごろ:)					
予防接種(これまでに受けたものすべてに○をつけてください。)					
1. B. C. G. 2. MRワクチン 3. ポリオ不活性化ワクチン 4. 日本脳炎 5. 肺炎球菌 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. Hib 8. 三種混合 9. ポリオ生ワクチン 10. 四種混合 11. 水痘(水ぼうそう) 12. B型肝炎 13. その他(インフルエンザ ・ ロタウイルス ・)					
その他、伝えておきたいこと、心配なこと:					

大阪市病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

申請者 住所 大阪市 区

氏名

大阪市病児・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。利用期間中は、施設の指示に従います。

(ふりがな) 児 童 氏 名				男 ・ 女	申請者との続 柄	
生 年 月 日		年 月 日生(歳 か月)				
通 園 施 設 名		保育所(園)・幼稚園・小学校 組				
利 用 日 時		年 月 日 時 分 ～ 時 分				
※利 用 料 区 分		生活保護世帯	市 民 税 非課税世帯	所 得 税 非課税世帯	所 得 税 課税世帯	ひとり親世帯 所 得 税 非課税世帯 所 得 税 課税世帯
今 回 の 病 気 に つ い て	かかりつけ小児科					
	病 名					
	症 状 (あてはまる症状すべてに○をしてください)	発熱・発疹・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・めやに・感染症回復期・外傷・その他() 症状がはじまった時期 (月 日頃から)				
	食事の状況 (授乳の時間・回数、離乳の状況など)					
	食事制限の有無及び理由	あり ・ なし ()				
	与 薬	あり ・ なし ()				
	そ の 他					
特に心配なことがありましたら、記入してください。						
緊 急 連 絡 先 (携帯電話・勤務先など)		連絡先 TEL		連絡先 TEL		
迎 え に 来 ら れ る 方 (申請者と異なる場合)		氏名 住所		児童との続柄() TEL		

※「利用料区分」欄について
当該事項に○をし、生活保護世帯、市民税非課税世帯、所得税非課税世帯、ひとり親世帯については、証明書等を添付してください。

施設記入欄

利 用 日 時	年 月 日 時 分～ 時 分	
申請者の利用料決定金額	¥	
〃 の延長利用料決定金額	時間利用 ¥	
〃 のその他負担金	¥	
合 計	¥	

大阪市病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

申請者 住所 大阪市 区

氏名

大阪市病児・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。利用期間中は、施設の指示に従います。

(ふりがな) 児 童 氏 名				男 ・ 女	申請者との 続 柄	
生 年 月 日		年 月 日生(歳 か月)				
通 園 施 設 名		保育所(園)・幼稚園・小学校 組				
利 用 日 時		年 月 日 時 分 ～ 時 分				
※利 用 料 区 分		生活保護世帯	市 民 税 非課税世帯	所 得 税 非課税世帯	所 得 税 課税世帯	ひとり親世帯 所 得 税 非課税世帯 所 得 税 課税世帯
今 回 の 病 気 に つ い て	かかりつけ小児科					
	病 名					
	症 状 (あてはまる症状すべてに ○をしてください)	発熱・発疹・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・めやに・感染症回復期・外傷・その他() 症状がはじまった時期 (月 日頃から)				
	食事の状況 (授乳の時間・回数、離乳の状況など)					
	食事制限の有無及び理由	あり ・ なし ()				
	与 薬	あり ・ なし ()				
そ の 他						
特に心配なことがありまし たら、記入してください。						
緊 急 連 絡 先 (携帯電話・勤務先など)		連絡先		連絡先		
		TEL		TEL		
迎 え に 来 ら れ る 方 (申請者と異なる場合)		氏名		児童との続柄 ()		
		住所		TEL		

※「利用料区分」欄について
当該事項に○をし、生活保護世帯、市民税非課税世帯、所得税非課税世帯、ひとり親世帯については、証明書等を添付してください。

大阪市病児・病後児保育事業利用決定通知書

年 月 日

申請者 住所 大阪市 区

氏名 様

(ふりがな) 児 童 氏 名				男 ・ 女	申請者との続 柄	
生 年 月 日		年 月 日生(歳 か月)				
通 園 施 設 名		保育所(園)・幼稚園・小学校 組				
利 用 日 時		年 月 日 時 分 ～ 時 分				
※利 用 料 区 分		生活保護世帯	市 民 税 非課税世帯	所 得 税 非課税世帯	所 得 税 課税世帯	ひとり親世帯 所 得 税 非課税世帯 所 得 税 課税世帯
今 回 の 病 気 に つ い て	かかりつけ小児科					
	病 名					
	症 状 (あてはまる症状すべてに○をしてください)	発熱・発疹・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・めやに・感染症回復期・外傷・その他() 症状がはじまった時期 (月 日頃から)				
	食事の状況 (授乳の時間・回数、離乳の状況など)					
	食事制限の有無及び理由	あり ・ なし ()				
	与 薬	あり ・ なし ()				
	そ の 他					
特に心配なことがありましたら、記入してください。						
緊 急 連 絡 先 (携帯電話・勤務先など)		連絡先 TEL		連絡先 TEL		
迎 え に 来 ら れ る 方 (申請者と異なる場合)		氏名 住所		児童との続柄() TEL		

大阪市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり決定したので通知します。

大阪市長 施設名

施設長

利 用 日 時	年 月 日 時 分～ 時 分	
申請者の利用料決定金額	¥	
〃 の延長利用料決定金額	時間利用 ¥	
〃 のその他負担金	¥	
合 計	¥	

大阪市病児・病後児保育事業利用決定報告書

年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

申請者 住所 大阪市 区

氏名 様

(ふりがな) 児 童 氏 名				男 ・ 女	申請者との続 柄	
生 年 月 日		年 月 日生(歳 か月)				
通 園 施 設 名		保育所(園)・幼稚園・小学校 組				
利 用 日 時		年 月 日 時 分 ～ 時 分				
※利 用 料 区 分		生活保護世帯	市 民 税 非課税世帯	所 得 税 非課税世帯	所 得 税 課税世帯	ひとり親世帯 所 得 税 非課税世帯 所 得 税 課税世帯
今 回 の 病 気 に つ い て	かかりつけ小児科					
	病 名					
	症 状 (あてはまる症状すべてに○をしてください)	発熱・発疹・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・めやに・感染症回復期・外傷・その他() 症状がはじまった時期 (月 日頃から)				
	食事の状況 (授乳の時間・回数、離乳の状況など)					
	食事制限の有無及び理由	あり ・ なし ()				
	与 薬	あり ・ なし ()				
	そ の 他					
特に心配なことがありましたら、記入してください。						
緊 急 連 絡 先 (携帯電話・勤務先など)		連絡先 TEL		連絡先 TEL		
迎 え に 来 ら れ る 方 (申請者と異なる場合)		氏名 住所		児童との続柄() TEL		

大阪市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり決定したので報告します。

大阪市長 施設名

施設長

利 用 日 時	年 月 日 時 分～ 時 分
申請者の利用料決定金額	¥
〃 の延長利用料決定金額	・ 時間利用 ¥
〃 のその他負担金	¥
合 計	¥

大阪市病児・病後児保育事業 医師連絡票（診療情報提供書）

（提出先） 大 阪 市 長

大阪市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

令和 年 月 日

医 療 機 関
住 所
T E L
担当医氏名

保護者記入欄

児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	平成・令和 年 月 日	(満 歳)	
児 童 住 所	大阪市 区		
保 護 者 氏 名		電話番号	
病児・病後児保育事業利用希望開始日	令和 年 月 日から		

医療機関記入欄

病 名 ・ 症 状 名 (該当する病 名・症状に○印 をおつけくださ い。)	1 感冒・感冒様症候群	10 中耳炎・外耳炎	19 麻疹
	2 咽頭炎	11 結膜炎(流行性を含む)	20 インフルエンザ
	3 扁桃腺炎	12 溶連菌感染症	21 水痘
	4 気管支炎	13 伝染性膿痂疹(とびひ)	22 百日咳
	5 喘息・喘息性気管支炎	14 突発性発疹	23 風しん
	6 消化不良症	15 手足口病	24 咽頭結膜熱(プール熱)
	7 感冒性嘔吐症	16 伝染性紅斑(りんご病)	25 ヘルパンギーナ
	8 自家中毒症	17 流行性耳下腺炎	26 その他
	9 感染性胃腸炎(ノロ、ロタ 他)	18 RS ウイルス感染症	()
	【病名不明の時】		
27 発熱	29 嘔吐	31 喘鳴	33 その他
28 下痢	30 咳嗽	32 発疹	()
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院 (H・R 年 月 日～ 年 月 日)		
治 療 経 過 及 び 症 状 経 過			
食 事 (昼食) (○印で記入)	・ ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食 ・ 幼児食 ・ 下痢食 ・ アレルギー食 (除去内容)		
安 静 度 (○印で記入)	1 ベッド上安静 2 室内安静 3 室内保育		
処 方 内 容 そ の 他 注 意 事 項			
	次回診療予定日 月 日		

※医療機関の方へ
「医師連絡票」の文書料は、診療情報提供料(Ⅰ)の扱いとなります。(小児科外来診療料を算定される場合は、小児科外来診療料に診療情報提供料(Ⅰ)が含まれているため、診療情報提供料(Ⅰ)を算定することができません。)

年度

月分

大阪市病児・病後児保育事業実績報告書(日別)

施設名

日	曜日	休業日	児童数										職員配置								加算対象 キャンセル 数
			前日時点 利用予定 児童数	当日 キャンセ ル数	当日 追加 受入数	実際の 利用 児童数	生活保護 世帯	市民税 非課税 世帯	所得税 非課税 世帯	所得税 課税 世帯	ひとり親世帯		前日時点必要職員数		当日必要職員数		実際の職員配置数		余剰職員数		
											所得税 非課税 世帯	所得税 課税 世帯	看護師等	保育士	看護師等	保育士	看護師等	保育士	看護師等	保育士	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
					合計												合計				

※ダブルブッキングの防止策(実施内容にチェック■してください。)

☐ 予約受付システムにより利用前日に利用者に対して利用の有無を再度確認している

☐ 電話連絡等により利用前日に利用者に対して利用の有無を再度確認している

☐ その他 ()