

## 千葉県病児・病後児保育事業実施要綱

### (目的)

第1条 この事業は、児童が傷病の回復期にあり医療機関による治療の必要はないが他の児童との集団生活が困難な期間、当該児童を預かる一時預かり事業を行うことにより、保護者の子育てと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。

### (事業の委託)

第2条 市長は、この事業を病院又は診療所（以下「病院等」という。）の長に委託して行うことができる。

2 この事業を受託した病院等の長（以下「事業実施者」という。）は、この事業を病院等に併設する施設（以下「実施施設」という。）において実施するものとする。

### (対象児童)

第3条 この事業の対象となる児童（以下「対象児童」という。）は、千葉市内に居住している児童又は市内の保育所、保育園、認定こども園、地域型保育事業（以下「保育所（園）等」という。）、幼稚園を利用する児童及び小学校（義務教育学校前期課程含む。以下同じ。）の児童であって、かつ、次の各号の一に該当する傷病の回復期にあり、他の児童との集団生活が困難な児童とする。ただし、回復期には至らない場合も事業実施者の判断により対象児童とすることができる。

- (1) 感冒、咽頭炎、中耳炎、扁桃腺炎、消化不良症（多症候性下痢）等乳幼児に日常みられる疾患
- (2) 麻疹、水痘、風疹、流行性耳下腺炎等の感染性疾患
- (3) 喘息等の慢性疾患
- (4) 熱傷等の外傷性疾患
- (5) その他事業実施者が必要であると判断した疾患

### (利用の要件)

第4条 この事業は、次の各号の一に該当する場合に利用することができる。

- (1) 保護者の勤務の都合、傷病、事故、出産、看護、冠婚葬祭等社会通念上やむを得ないと認められる事由により家庭での育児を行うことが困難なとき。
- (2) 市長が特に必要があると認めたとき。

### (利用期間)

第5条 この事業の利用期間は、他の児童との集団生活が困難であり、かつ、保護者が家庭で育児を行うことができない期間の範囲内とし、原則として7日以内とする。ただし、事業実施者が必要と判断したときは、必要最小限度の範囲内で延長することができる。

### (開室日及び開室時間)

第6条 この事業の開室日は、原則として次の各号に掲げる日を除く毎日とする。た

だし、特に市長が認める場合はこの限りではない。

- (1) 日曜日
  - (2) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日
  - (3) 年末年始（12月29日から31日まで並びに1月2日及び1月3日）
- 2 この事業の開室時間は、原則として月曜日から金曜日までは午前8時から午後6時までとし、土曜日は午前8時から午後1時までとする。

（事前登録）

第7条 この事業の利用を希望する保護者は、年度毎にあらかじめ千葉市病児・病後児保育事業利用登録票（様式第1号）を事業実施者に提出し、登録をするものとする。

（申請等）

第8条 登録をした保護者は、この事業の利用に際し千葉市病児・病後児保育事業利用申請書（様式第2号）を事業実施者に提出し、利用の申請を行うものとする。

2 事業実施者は、保護者の利用の申請に際し、必要と認める場合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。

（対象児童の送迎）

第9条 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。

（利用料等）

- 第10条 この事業を利用した保護者は、別表1に掲げる利用料を負担するものとする。
- 2 生活保護世帯、市町村民税非課税世帯、市町村民税所得割非課税又は課税額48,600円未満の世帯（以下「生活保護世帯等」という。）は、別表1に掲げる生活保護世帯等に係る利用料でこの事業を利用する場合は、事前登録から利用日までの間に、千葉市病児・病後児保育事業利用料減免制度利用申込書（様式第4号。以下「利用申込書」という。）に、次に掲げる書類を添付して市長に提出し、生活保護世帯等に該当することを確認する「千葉市病児・病後児保育事業利用料連絡票」（様式第5号。以下「連絡票」という。）の交付を受けた上で、利用日に、当該連絡票を実施施設に提示しなければならない。
- (1) 生活保護世帯  
生活保護受給証明書（生計を一にする児童の保護者及び15歳以上の同居人全員（以下「保護者等」という。））
  - (2) 市町村民税非課税世帯、市町村民税所得割非課税又は課税額48,600円未満の世帯
    - ア 4月から8月までの利用にあつては、前々年の所得を明らかにする前年度の市県民税課税証明書
    - イ 9月から翌年3月までの利用にあつては、前年の所得を明らかにする当該年度の市県民税課税証明書
- 3 市町村民税非課税世帯及び市町村民税所得割非課税又は課税額48,600円未

満の世帯における市町村民税の課税状況とは、この事業を利用した日の属する年度（4月から8月までの利用についてはその前年度）における、保護者等の課税状況をいい、課税額48,600円未満の世帯とは、保護者等の市町村民税所得割の課税額の合算が48,600円未満の世帯をいう。

- 4 第2項の規定にかかわらず、本市が世帯の所得状況等を確認することに保護者等が同意した場合は、添付書類の提出を省略することができる。また、申請年の1月1日（申請が4月から8月の場合は、申請年の前年の1月1日）に本市に住民登録がない者は、保護者等の同意時に個人番号を明記することで、添付書類の提出を省略することができる。
- 5 第2項の連絡票の有効期間は、次のとおりとする。
  - (1) 当該連絡票の交付を受けた日が属する年度の4月から8月については、その年度の8月31日までとする。
  - (2) 当該連絡票の交付を受けた日が属する年度の9月から3月については、その翌年度の8月31日までとする。
- 6 生活保護世帯等に該当する期間内であり、かつ、生活保護世帯等であることを明らかにする書類を市長に提出した日の属する年度内の過去の利用分については、さかのぼって利用料の変更を行うことができる。
- 7 保護者は、利用料とは別にこの事業の利用期間中に要する食事代及びおやつ代の実費相当額を負担するものとする。
- 8 実施施設は、利用料とは別にこの事業に伴う医療費を必要に応じて保護者から徴収することができる。
- 9 実施施設は、予約をしたにも係わらず利用の取消があった場合、保護者から取消料を徴収することができる。

（委託料）

第11条 市長は、実施施設に対し、この事業に要する費用として別表2に定める委託料を支払うものとする。

（実績報告）

第12条 事業実施者は、この事業を実施した月の翌月9日までに千葉市病児・病後児保育事業実績報告書（様式第3号）を市長に提出しなければならない。

（実施施設の設備の基準等）

第13条 実施施設の設備の基準は、次のとおりとする。

- (1) 保育室、観察室又は安静室、調理室及び調乳室、その他事業の実施に必要な設備を有すること。
- (2) 保育室の面積は、原則として利用定員1人当たり1.98㎡以上とし、1室8.0㎡を下回らないこと。
- (3) 観察室及び安静室は、乳幼児の静養又は隔離の機能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㎡以上とすること。
- (4) 専用の調乳室が設けられない場合は、調理室の一部を調乳場として区画すること。

- 2 利用定員は4名以上とする。
- 3 職員の配置は、利用定員4名に対し看護師、准看護師、保健師又は助産師（以下「看護師等」という。）及び保育士各1名以上とする。利用定員が4名を超える場合は、利用定員が2名増加するごとに看護師等又は保育士1名以上を増員して配置するものとする。
- 4 事業実施者は、利用の少ない日等において、地域の保育所（園）等、幼稚園及び小学校への情報提供や巡回支援等を適宜実施すること。

（委任）

第14条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、ことも未来局長が定める。

附 則

この要綱は、平成11年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。ただし、第10条の改正規定は、平成18年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年10月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成19年11月30日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際この要綱による改正前の様式により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この要綱の施行前に作成された様式で、現に存するものは、なお、当分の間、必要な箇所を修正して使用することができる。

附 則

この要綱は、平成29年3月21日から施行する。ただし、別表2の改正規定は平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年10月1日から施行する。

別表1 利用料

利用者	利用料
生活保護世帯及び市町村 村民税非課税世帯	無料
市町村村民税所得割非課 税世帯又は課税額48, 600円未満の世帯	この事業を利用する児童1人につき 1日 1,020円 6時間まで 610円
その他の世帯	この事業を利用する児童1人につき 1日 2,050円 6時間まで 1,230円

- ※ 生活保護世帯とは、この事業を利用した日におけるその該当の有無をいうものとする。
- ※ 「市町村村民税所得割課税額」とは、地方税法の規定による市町村村民税の同法292条第1項第2号に掲げる所得割（同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）の額（保護者又は保護者と同一の世帯に属する者が指定都市（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市をいう。以下同じ。）の区域内に住所を有する者であるときは、これらの者を指定都市以外の市町村の区域内に住

所を有する者とみなして、市町村民税所得割合算額を算定するものとする。また、法第292条第1項第8号に規定する扶養親族のうち、年齢16歳未満の者を同法第314条の2第1項第11号に規定する控除対象扶養親族と、年齢16歳以上19歳未満の者を同号に規定する特定扶養親族とそれぞれみなして同法の規定を適用する。また、同法第314条の7、第314条の8及び第314条の9並びに附則第5条第3項、附則第5条の4第6項、附則第5条の4の2第6項、附則第5条の5第2項並びに附則第7条の2第4項及び第5項、附則第7条の3第2項及び附則第45条による控除をされるべき金額があるときは、当該金額を加算した額とする。)をいう。

別表2 委託料

(1) 基本額 (年額)

ア 基本分 4,503,000円

イ 改善分 2,538,000円

(情報提供や巡回支援等の実施分)

(2) 利用した延べ児童数に応じた加算額

利用延べ児童数	委託料
50人未満	0円
50人以上 100人未満	1,000,000円
100人以上 150人未満	1,500,000円
150人以上 200人未満	2,000,000円
200人以上 300人未満	3,000,000円
300人以上 400人未満	4,000,000円
400人以上 500人未満	5,000,000円
500人以上 600人未満	6,000,000円
600人以上 700人未満	7,000,000円
700人以上 800人未満	8,000,000円
800人以上 900人未満	9,000,000円
900人以上 1,000人未満	10,000,000円

1,000人以上 1,100人未満	11,000,000円
1,100人以上 1,200人未満	12,000,000円
1,200人以上 1,300人未満	13,000,000円
1,300人以上 1,400人未満	14,000,000円
1,400人以上 1,500人未満	15,000,000円
1,500人以上 1,600人未満	16,000,000円
1,600人以上 1,700人未満	17,000,000円
1,700人以上 1,800人未満	18,000,000円
1,800人以上 1,900人未満	19,000,000円
1,900人以上 2,000人未満	20,000,000円
2,000人以上 2,200人未満	20,900,000円
2,200人以上 2,400人未満	22,800,000円
2,400人以上 2,600人未満	24,700,000円
2,600人以上 2,800人未満	26,600,000円
2,800人以上 3,000人未満	28,500,000円
3,000人以上 3,200人未満	30,400,000円
3,200人以上 3,400人未満	32,300,000円
3,400人以上 3,600人未満	34,200,000円
3,600人以上 3,800人未満	36,100,000円
3,800人以上 4,000人未満	38,000,000円

※4,000人以上は別途協議

(3) 減免世帯加算

世帯区分	委託料
生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯	利用料相当額
市町村民税所得割非課税世帯又は課税額 48,600円未満の世帯	利用料相当額に不足する 額

(4) 家賃補助加算

1か月当たり111,000円(上限)

(5) 施設管理費加算

1か月当たり30,800円

(6) 研修参加費加算

職員1人当たり10,000円(上限)

※病児・病後児保育事業に従事する看護師等及び保育士に限る。

(7) 使用済紙おむつ処理経費加算

84円×延べ利用人数(3歳未満児に限る)



## 千葉県病児・病後児保育事業利用登録票

(あて先) 千葉市長

登録番号	診察券番号
登録日	年 月 日
修正日	年 月 日

申請者(保護者) <sup>ふりがな</sup>氏名

千葉県病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。

児童氏名	愛称 ( )		男 女	生年月日	年	月	日					
児童の兄弟姉妹	氏名 ( )歳	氏名 ( )歳										
	氏名 ( )歳	氏名 ( )歳										
児童の所属	保育所(園)等・幼稚園・小学校		電話 ( )									
かかりつけの 医院名												
保護者	1	ふりがな 氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号							
		携帯番号		メールアドレス(携帯)								
	2	ふりがな 氏名	続柄	勤務先	勤務先電話番号							
		携帯番号		メールアドレス(携帯)								
自宅	住所 (〒 - ) 電話 ( )											
新生児	出生週数 ( )週 出生体重 ( )g 出生身長 ( )cm											
	妊娠時の異常 なし あり ( )											
	出生時の異常 なし あり ( )											
発育・発達	異常なし 異常あり( ) わからない											
予防接種 (接種した予防接種欄の□にチェック✓をしてください。) ※複数回接種している場合は回数別にチェックをしてください。		1回目	2回目	3回目	4回目		1回目	2回目	3回目	4回目		
	ヒブ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MR(麻疹+風疹)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	みずぼうそう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	4種混合(DPT+IPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	インフルエンザ	0歳	<input type="checkbox"/>	1歳	<input type="checkbox"/>	2歳	<input type="checkbox"/>
	BCG	<input type="checkbox"/>					3歳	<input type="checkbox"/>	4歳	<input type="checkbox"/>	5歳	<input type="checkbox"/>
	3種混合(DPT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		6歳	<input type="checkbox"/>	7歳	<input type="checkbox"/>	8歳	<input type="checkbox"/>
	ポリオ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		9歳	<input type="checkbox"/>	10歳	<input type="checkbox"/>		
	その他( )											
食物アレルギー	ない											
	ある 卵 牛乳 小麦 大豆 その他( )											
	アナフィラキシー(アレルギー反応) ない ある											
薬物アレルギー	ない ある(種類等)											
熱性けいれん	ない ある( 歳、 歳) ダイアブ座薬使用 する しない											
既往歴	なし あり( みずぼうそう おたふくかぜ ) その他( )											
	現在罹っている病気( )											
	B型肝炎 ( <input type="checkbox"/> キャリアー <input type="checkbox"/> キャリアーでない <input type="checkbox"/> わからない )											
常時服用している薬	なし					入院歴						
	あり( )					なし						
	あり( )					あり( )						

※申請者又は保護者は、登録・診察券番号欄には記入しないでください。※該当欄□にレを付けてください。

※勤務先、連絡先などはすべて記入し、変更があった場合は速やかにご連絡ください。

※個人情報、当病児保育室で厳重に保管し、保育に必要な場合のみに使用し、他の目的では使用しません。

※この利用登録票は、希望する病児・病後児保育施設へご提出ください。

発達について

首のすわり	か月	お座り	か月	寝返り	か月	はいはい	か月
つかまり立ち	か月	伝い歩き	か月	ひとり歩き	か月	言葉を発した時期	か月

食事について

<b>*乳児期（～1歳）</b>							
昼食（ ）時頃							
ミルク	母乳	混合	人工乳	回数	（ ）／日	1回量	（ ）cc
離乳食	初期	中期	後期	回数	（ ）／日		
<b>*幼児期（1歳～）</b>							
昼食（ ）時頃							
食べ方	<input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが不十分 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> フォーク・スプーンを使って食べる <input type="checkbox"/> はしを使える						
好きな食べ物							
嫌いな食べ物							
食事の時間	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 不規則						
食事の量	<input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> むらがある						
その他要望							

排泄

<b>*乳児期（～1歳）</b>							
オムツ	<input type="checkbox"/> 布オムツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ    （ 1日                      枚程度）						
<b>*幼児期（1歳～）</b>							
オムツ	<input type="checkbox"/> 1日中 <input type="checkbox"/> 寝るときだけ <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ						
小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する						
大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらう <input type="checkbox"/> ひとりできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する						
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						

その他、生活習慣など

昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する			時間	（ ）時間		
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"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 仰向け <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)							

保育中に心配なこと、配慮してほしいことなど

--

千葉市病児・病後児保育事業利用申請書

(あて先)千葉市長

申請日 年 月 日

千葉市病児・病後児保育事業を利用したいので、申請します。

対象児童	フリガナ		体重	児童の所属	保育所(園)等 幼稚園 小学校
	氏名		Kg		
	生年月日等	年 月 日生	男・女	(0歳 か月)・(1歳 か月)・(2歳 か月) 3歳以上園児( 歳 か月)・小学生( 歳・年生)	
	自宅住所の区(市外の方は保育所等の区)	中央区・花見川区・稲毛区・若葉区・緑区・美浜区 ○で囲む			
申請者(保護者)	フリガナ		続柄	対象児童から見て	
	氏名				
	緊急連絡先	優先順位 位 勤務先名 連絡先 ( )	優先順位 位 携帯番号 ( )		
	連絡先電子メールアドレス	@			
<p>1. 本日も迎に来る方について</p> <p>①氏名( ) ②続柄 対象児童から見て( )</p> <p>③お迎えの予定時刻( 時 分) ④お迎えの人の連絡先( )</p> <p>2. 継続利用の有無について</p> <p>(1. 病状によって利用したい 2. 病状に関わらず利用しない) ※利用を希望している方は、予約状況をご確認下さい。</p>					

家庭からの連絡表

	前日10(時)	12	14	16	18	20	22	当日0	2	4	6	8	10	12
体温														
睡眠														
食事・おやつ														
水分・ミルク														
尿														
便														
くすり・吸入														
お子さんの様子														

- 現在みられる症状 発熱 咳 鼻水 喘鳴 発疹 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 咽頭痛 その他( )  
それぞれの症状が、いつから始まったかを記載して下さい( 月 日から)
- 気になること、要望等  
アレルギー対応(要・不要) どのようなアレルギーかを記載して下さい( )
- 本日の保育中に服用薬について (A.ある B.ない C.処方希望)  
Aの場合のみ以下記入

薬の名前	形状 (粉薬=粉 水薬=水 錠剤=錠 塗り薬=塗 坐薬=坐)	一回用量(包・ml・目盛り・錠)	服用(塗布)させる時間
	粉 水 錠 塗 坐	(包・ml・目盛り・錠)	
	粉 水 錠 塗 坐	(包・ml・目盛り・錠)	
	粉 水 錠 塗 坐	(包・ml・目盛り・錠)	

※ 薬の名前が分からない場合は保育室で飲ませられませんので、処方した医師に薬の内容をお問い合わせ下さい。  
 ※ 薬に氏名と薬名を記入して、その日に使う分だけ、お持ち下さい。

実施施設記入欄

今回の病名	上気道炎	気管支炎	喘息	胃腸炎	水痘	ヘル手足	インフルエンザ	その他
市内	生活保護世帯・市民税非課税世帯		市民税所得割額非課税等世帯	その他世帯				
	一日	~6時間	一日	~6時間	一日	~6時間	一日	~6時間
市外	無料	無料	1,020円	610円	2,050円	1,230円		

連絡票番号

様式第3号

千葉県病児・病後児保育事業実績報告書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

住所  
法人名  
代表者名

印

年度千葉県病児・病後児保育事業について下記のとおり報告します。

記

- 1 施設名
- 2 報告対象月 ( ) 年 ( ) 月
- 3 開設日数 ( ) 日
- 4 新規登録者数 ( ) 人

4 利用状況

日	曜日	人数	年 齢					住 所 (区別)						疾 患 名							保 育 時 間			備 考		
			0歳	1歳	2歳	3歳以上	小学生	花	稲	中	若	緑	美	上気道	気管支	喘息	胃腸炎	水痘	ヘル手足	インフルエンザ	その他	1日	午前	午後	当日キャン	お断り人
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								
		0																								

千葉市病児・病後児保育事業利用料減免制度利用申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

以下のとおり千葉市病児・病後児保育事業の利用料減免制度を利用したいので申し込みます。

対象 児童	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日		
	住所	千葉市 区			
		建物名・部屋番号等			
児童の所属	保育所(園)等 幼稚園 小学校		保育所(園)等 幼稚園 小学校		
申 請 者	フリガナ				
	保護者氏名				
	続柄	対象児童から見て_____			
	連絡先電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —			
対象者の 世帯 構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考

世帯の区分	① 生活保護世帯	② 市民税非課税世帯
	③ 市民税所得割非課税世帯又は課税額48,600円未満の世帯	

同意書 以下に記載の確認事項をよくお読みのうえ、ご署名をお願いいたします。

確認事項	
1	利用料の減免決定にあたり、児童及び児童と同居する方の住民登録関係情報や市民税課税状況について、市役所内関係機関に、照会させていただきます。
2	利用料の減免決定にあたり、必要に応じて、生活保護の受給状況を、市役所内関係機関に照会させていただきます。

私は、本減免制度の利用の申込みにあたり、上記の確認事項について同意します。

(署名欄) 自署又は代筆の場合は記名押印ください。  
 氏名 (生計を一にする、児童の保護者及び15歳以上の同居人全員)  
 ※申請年の1月1日(申請が4月から8月の場合は、申請年の前年の1月1日)に千葉市に住民登録がない方は、個人番号も記入してください。

名前		名前	
個人番号		個人番号	

名前		名前	
個人番号		個人番号	

※同意をいただいた場合であっても、状況により当該書類等の提出をお願いすることがあります。

番号

様式第5号

## 千葉県病児・病後児保育事業利用料連絡票

児童氏名			
児童生年月日			
住 所			
保護者氏名		連絡先	
児童の所属	【保育所(園)等・幼稚園・小学校】		
有効期間			
利 用 料	1日		
【当連絡票を提示した場合】	6時間まで		
<b>注：病児・病後児保育施設を利用する際は、当連絡票を必ず、ご提示ください。</b> 提示のない場合は、通常の利用料(1日 2,050円、6時間まで 1,230円)をいただきます。			
有効期間内に修正申告又は、生活保護の廃止決定を受けた場合は、利用料金に変更になる場合がありますので、速やかに変更後の証明書等を市(保育支援課)にご提出ください。 ご不明点は保育支援課(TEL:043-245-5105、FAX:043-245-5629)にお問い合わせ下さい。			

発行日 年 月 日

千葉県幼保支援課長