

○小城市病児・病後児保育事業実施要綱

平成17年3月1日

告示第29号

改正 平成18年3月31日告示第35号

平成21年4月1日告示第36号

平成22年7月1日告示第73号

平成26年4月1日告示第42号

平成27年3月27日告示第24号

平成27年12月28日告示第132号

平成28年3月31日告示第33号

(目的)

第1条 この告示は、病気の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病児・病後児保育事業(以下「事業」という。)を実施することにより、保護者の仕事と生活の両立を支援するとともに、児童の健全な育成を図ることを目的とする。

(事業の実施方法)

第2条 市長は、事業を円滑に実施するため、地域の状況及び施設の保育環境、保健医療体制等その他運営及び設備の状況等を勘案して、病中及び病気回復期の一時預かりを必要とする児童に対し、適切な処遇が確保される施設を有する病院又は診療所(以下「実施施設」という。)の所在する市町に委託して事業を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は、病中及び病気回復期にあり、医療機関による入院治療の必要はないが、安静の確保に配慮する必要がある集団保育が困難な児童であり、かつ、当該児童の保護者の勤務の都合、傷病、事故、出産、冠婚葬祭など社会的にやむを得ない事由により家庭での保育が困難な生後2箇月から小学3年生までの児童とする。

(事業の利用時間等)

第4条 事業の利用日及び利用時間は、次のとおりとする。

月曜日から金曜日まで	午前8時から午後6時まで
土曜日	午前8時から午後1時まで

2 前項の規定にかかわらず、市長が必要と認めるときは、利用時間を変更することができる。

3 事業は、次条に規定する休日を除き、連続して7日間を上限として利用することができる。

る。ただし、実施施設の長が児童の回復状況により、事業を利用することが必要と認めるときは、7日を超えて利用することができる。

4 実施施設の利用定員は、原則として1日につき3人とする。

(事業の休日)

第5条 事業の休日は、次のとおりとする。

(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) 1月2日、1月3日及び12月29日から12月31日まで

(利用手続等)

第6条 事業を利用しようとする児童の保護者(以下「保護者」という。)は、あらかじめ児童登録票(様式第1号)を実施施設を経由して市長に提出し、登録しなければならない。

2 保護者は、事業を利用するときは、利用申込書(様式第2号)を実施施設を経由して、市長に提出しなければならない。ただし、特に緊急を要し、事前に利用申込書を提出することができない場合は、事後速やかに提出しなければならない。

3 市長は、前項の規定による利用申込書が提出されたときは、その内容及び実施施設の利用状況を審査し、速やかに利用の可否を決定するものとする。

4 児童の送迎は、原則として保護者が行うものとする。

(保育の内容)

第7条 実施施設の長は、児童の体調に応じて安静度を判断し、観察の実施又は隔離室の利用を図らなければならない。

(保健管理)

第8条 実施施設の長は、児童の保健管理に当たっては、日々の健康状態の記録、家庭との連絡等を適正に実施しなければならない。

2 実施施設の長は、従事職員に対する養護、救急蘇生等の理解について研修に努めなければならない。

(安全管理)

第9条 実施施設の長は、通常の保育における安全管理に加え、事業の特殊性にかんがみ、児童の健康管理、事故の発生防止等に特に留意しなければならない。

(利用の中止)

第10条 保護者は、事業の利用を中止するときは、その旨を実施施設の長に申し出なければならない。

(利用料)

第11条 保護者は、事業を利用したときは、別表に定める利用料を実施施設に支払わなければならない。

2 生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯で別表に定める施設利用料免除により事業を利用する保護者は、事前に小城市病児・病後児保育事業施設利用料免除資格確認依頼書(様式第3号)を市長に提出し、資格の確認を受けるものとする。

3 市長は、事業の委託契約に定める額及び前2項の規定により生活保護世帯及び市町村民税非課税世帯が免除された施設利用料相当額を実施施設に支払うものとする。

(利用の制限)

第12条 実施施設の長は、対象児童が次の各号のいずれかに該当するときは、事業の利用を拒むことができる。

- (1) 感染症を有し、他の児童に感染する恐れがあるとき。
- (2) 病状が重く、入院加療の必要があるとき。
- (3) 定員を超え、事業実施体制の維持が困難であるとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか事業の利用が不相当と認めるとき。

(他の機関との連携)

第13条 実施施設の長は、事業の実施に当たっては、小城市、保育所等及び児童が診療を受けた医療機関と十分に連絡をとり、必要に応じて児童相談所、保健福祉事務所等の行政機関の指導に従わなければならない。

(経理処理)

第14条 実施施設の長は、事業に係る収入及び支出について、他の事業の経理と区別し収支を明確にしておかななければならない。

2 実施施設の長は、前項の経理に係る帳簿を完備し5年間保存しなければならない。

(事業の実績報告)

第15条 実施施設の長は、毎月10日までに前月の事業の実施報告書を市長に提出しなければならない。

2 実施施設の長は、事業の委託期間終了後、30日以内に事業の収支決算書を市長に提出しなければならない。

(その他)

第16条 この告示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

この告示は、平成17年3月1日から施行する。

附 則(平成18年3月31日告示第35号)

この告示は、平成18年4月1日から施行する。

附 則(平成21年4月1日告示第36号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則(平成22年7月1日告示第73号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則(平成26年4月1日告示第42号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則(平成27年3月27日告示第24号)

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

附 則(平成27年12月28日告示第132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3月31日告示第33号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

別表(第11条関係)

利用時間	区分	委託先市町	施設利用料	おやつ代
午前8時から午後6時まで (1日当たり)	基本負担金	佐賀市	1,500円＋診察料	200円
		江北町	1,000円	200円
	生活保護世帯・市町 村民税非課税世帯	佐賀市	免除	200円
		江北町	免除	200円
午前8時から午後1時まで 又は午後1時から午後6時まで (半日当たり)	基本負担金	佐賀市	750円＋診察料	100円
		江北町	500円	100円
	生活保護世帯・市町 村民税非課税世帯	佐賀市	免除	100円
		江北町	免除	100円

様式第1号(第6条関係)

小城市病児・病後児保育室 児童登録票

登録番号 No. _____

年 月 日記入

記入者氏名 _____

ふりがな 氏 名		男 女	生年月日		年 月 日生 ____ 歳 ____ 月
保 護 者	父：氏名 (歳)		お子さんの愛称		
	母：氏名 (歳)				
	自宅住所(〒 —)			自宅電話 — —	
きょうだい	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
職 業	父		母		
緊 急 連 絡 先	父	1 (電話 勤務先名)			
		2 (携帯電話)			
	母	1 (電話 勤務先名)			
		2 (携帯電話)			
保育所等の園名			電話 — —		
かかりつけ医名			電話 — —		
周 産 期	妊娠中の異常 なし・あり (具体的に：)				
	出生時体重 g				
	出産は (予定通り・ 日 早かった・遅かった) (在胎 週)				
	出産時の異常 なし・あり (具体的に：)				
乳 児 期 の 発 達	首のすわり：____カ月 おすわり____カ月 一人歩き：____カ月				
	栄養法 (母乳・人工・混合)				
	離乳食完了時期 未(前期・中期・後期) 済(____カ月)				
	人見知り：____カ月 母親の後追い：____歳____カ月				
	初語(意味のあることば)：____歳____カ月				
予 防 接 種 等	<ul style="list-style-type: none"> ・ツベルクリン(未・済 [接種日 年 月 日]) ・BCG(未・済 [接種日 年 月 日]) ・ポリオ(未・1回 [接種日 年 月 日]) ・2回 [接種日 年 月 日]) ・三種混合(未・I期初回123 [接種日 年 月 日]) ・I期追加 [接種日 年 月 日]) ・麻しん(未・済 [接種日 年 月 日]・かかった) ・水ぼうそう(未・済 [接種日 年 月 日]・かかった) ・風しん(未・済 [接種日 年 月 日]・かかった) ・おたふくかぜ(未・済 [接種日 年 月 日]・かかった) ・日本脳炎(未・1回 [接種日 年 月 日]・2回 [接種日 年 月 日]・追加 [接種日 年 月 日]) ・B型肝炎(キャリアで ある ・ ない) ・その他(具体的に)： 				

これまでの 病 気	痙攣：初回____歳____ヵ月　　最後は____歳____ヵ月(これまでに____回)	
	喘 息	ない ・ ある 毎日 薬を飲んで いる・いない・発作時だけ
	喘 息 様 気 管 支 炎	毎日 吸入療法をして いる・いない・発作時だけ
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は 内服薬 ・ 食事療法)
	その 他 の 病 気 (具体的に)	
入 院 し た こ と	ない ・ ある (病名 歳 ヵ月) (病名 歳 ヵ月) (病名 歳 ヵ月) (病名 歳 ヵ月)	
常 時 内 服 し て い る 薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書き下さい。 (内服時間も)	
食 事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書き下さい。	
そ の 他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。	

様式第2号(第6条関係)

保護者からの病状連絡票(兼利用申込書)

病児・病後児保育室を利用する際に、記入してご持参ください。なお、連続して利用(同じ病気で2日目、3日目)の場合は、太枠口のみ記入で構いません。

年 月 日記入

お子さんのお名前		男 ・ 女	年 齢	歳 月
住 所			登録番号	
保 護 者 名		㊦	緊急連絡先	
主な症状(○印をおつけください) 発熱 ・ 下痢 ・ おう吐 ・ 咳 ・ ぜい鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー) ・ 発疹 ・ 湿疹 その他(具体的にお書きください)				
昨日から今朝までの様子をお書き下さい。(症状)				
○就寝時間【 時 分頃】 ～ 起床時間【 時 分頃】 ○寝ている時はどんな様子でしたか?() ○朝食は ・ ()時頃食べた (内容:) (保育中のミルクの予定時間) ・ 食べていない ※食欲の有無 (普通 ・ 不良) ○最後の尿と便の時間 ・ 尿 ()時頃 ・ 便 ()日()時頃 (固 ・ 普 ・ 軟 ・ 水様) ○便の量と色 固 ・ 普 の場合⇒いつもの量と比べて(多 ・ 普 ・ 少) 軟 ・ 水様の場合⇒いつもの量と比べて(多 ・ 普 ・ 少) / どんな色でしたか(色) ○体 温 (昨夜 ℃) (今朝 ℃) ○解熱剤は ・ 使用していない ・ 使用した (回 最後の使用時間 時頃) ※ふだん解熱剤を使用する体温(℃) ○今朝の薬の時間 (時 分頃) 内服 ○日中の薬の時間 ①(時 分頃) ②(時 分頃)				
○お子さんへの薬の飲ませ方を教えて下さい。 ○いつものお昼寝の時間は?()時頃から()時間位 ○現在までの熱性けいれんの有無 ①有 ②無 ⇒ 最後のけいれんは(歳 箇月) ○アレルギー食の有無 ①有 ②無 ⇒ 除去食() ○オムツとトイレの状況 ①常時オムツ ②お昼寝のみオムツ ③トイレトレーニング中 ④オムツは使用していない				
お迎え予定時間	時 分頃	お迎え予定の方		

様式第3号(第11条関係)

提出日.....年 月 日.....

小城市長 様

住.....所:.....

ふりがな

申請者氏名:.....

個人番号

ふりがな

児童氏名:.....

個人番号

(年 月 日生)

病児・病後児保育事業施設利用料
免除資格確認依頼書

次のとおり、 年度病児・病後児保育事業施設利用料免除資格の確認を依頼します。

1 世帯の状況(太線の中を、記入をしてください。)

保護者氏名(生年月日)	続柄	個人番号	市町村民税課税状況
(年 月 日生)			課税・非課税
(年 月 日生)			課税・非課税
(年 月 日生)			課税・非課税
世 帯 単 位			課税・非課税

父母及びその他同居扶養義務者(生計の主宰者であるときのみ)の依頼年度の市町村民税課税状況の確認を行われることに同意します。

注意1 該当する場合は、提出日から直近の6月30日までの施設利用料が免除されます。

注意2 免除資格確認依頼書は年度ごとに手続きが必要です。資格確認は当該年度の市町村民税の課税状況により行います。(4月から6月の利用は前年度の市町村民税の課税状況です。)

注意3 上記世帯中に申請年度の1月1日住所が小城市以外の方が含まれる場合は、対象者の課税証明書(非課税)の添付が必要です。

2 利用料

		免 除 額	免 除 該 当
A	生活保護世帯	1,000円/日(500円/半日)	する・しない
B	市民税非課税世帯	1,000円/日(500円/半日)	する・しない

様式第1号(第6条関係)

様式第2号(第6条関係)

様式第3号(第11条関係)