

改正

平成17年4月1日規則第30号

平成22年3月24日規則第11号

平成23年3月23日規則第12号

平成24年3月22日規則第15号

平成25年12月18日規則第38号

平成28年3月31日規則第19号

千歳市病児・病後児保育施設条例施行規則

(趣旨)

第1条 この規則は、千歳市病児・病後児保育施設条例（平成14年千歳市条例第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。

(職員)

第2条 病児・病後児保育施設に施設長その他必要な職員を置く。

(定員)

第3条 条例第4条第2項の定員（以下「定員」という。）は、3人とする。ただし、市長が必要があると認めるときは、この限りでない。

(閉所日及び開所時間)

第4条 病児・病後児保育施設の閉所日は、次に掲げる日とする。ただし、市長が必要があると認めるときは、閉所日に開所し、又は開所日に閉所することができる。

- (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) 12月29日から翌年1月3日まで

2 病児・病後児保育施設の開所時間は、午前8時から午後6時までとする。

(申込み)

第5条 病児・病後児保育を受けようとするときは、予約を行わなければならない。

2 前項の予約は、定員の範囲内で先着順に受け付けるものとする。

3 第1項の予約をした者は、病児・病後児保育を受けようとする日の前日までに千歳市病児・病後児保育申込書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。ただし、市長が特別な理由が

あると認めるときは、この限りでない。

- 4 前項の申込書には、掛り付けの医療機関から必要事項の記載を受けた千歳市病児・病後児保育医師連絡書（第2号様式。以下「医師連絡書」という。）を添付しなければならない。

（承諾等の通知）

第6条 市長は、前条第3項の申込書の提出があったときは、病児・病後児保育の要否、承諾期間及び費用負担額を決定し、当該申込みをした者に通知するものとする。

- 2 前項の通知は、千歳市病児・病後児保育承諾通知書（第3号様式）又は千歳市病児・病後児保育不承諾通知書（第4号様式）により行う。

（保育の期間）

第7条 病児・病後児保育の承諾期間は、連続した7日間（病児・病後児保育施設の閉所日を除く。）を限度とする。ただし、児童の健康状態についての医師の判断及び保護者等の状況により引き続き病児・病後児保育が必要と認められる場合には、この限りでない。

（申込みの不承諾）

第8条 市長は、次の各号の一に該当するときは、病児・病後児保育の申込みを承諾しない。

- （1） 条例第4条第1項の要件を満たしていないとき。
- （2） 申込みの内容が事実と著しく異なるとき。
- （3） 申込みに基づく調査を正当な理由なく妨げ、又は必要な指示に従わなかったとき。
- （4） 定員を超えたとき。
- （5） その他市長が承諾することが不適當であると認めるとき。

（保育の中止等の通知）

第9条 市長は、条例第7条の規定により病児・病後児保育を中止し、又は解除するときは、千歳市病児・病後児保育（中止・解除）通知書（第5号様式）により保護者に通知しなければならない。

（費用の負担）

第10条 条例第8条第1項に規定する保護者が負担すべき額（以下「負担額」という。）は、別表に定める額とする。

- 2 前項に定めるもののほか、保護者は、給食に係る実費額を負担しなければならない。
- 3 保護者は、負担額及び前項の実費額を納入通知書により所定の期日までに納付しなければならない。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成17年4月1日規則第30号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の千歳市規則の各規定により作成されている様式については、当分の間、適宜修正の上使用することができる。

附 則（平成22年3月24日規則第11号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成23年3月23日規則第12号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成24年3月22日規則第15号）

（施行期日）

1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正後の千歳市病児・病後児保育施設条例施行規則別表の規定は、この規則の施行の日以後の病児・病後児保育に係る負担金から適用し、同日前の病児・病後児保育に係る負担金については、なお従前の例による。

附 則（平成25年12月18日規則第38号）

この規則は、平成26年1月1日から施行する。ただし、別表備考第2号の改正規定（「第41条の19の3第1項及び第2項、第41条の19の4第1項及び第2項」を「第41条の19の3第1項及び第3項並びに第41条の19の4第1項及び第3項」に改める部分に限る。）は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日規則第19号）

（施行期日）

1 この規則は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の千歳市病児・病後児保育施設条例施行規則の規定により作成されている様式については、当分の間、適宜修正の上使用することができる。

別表（第10条関係）

児童が属する世帯の区分	1日当たりの負担額
ア 生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による扶助を受けている世帯又は市町村民税非課税世帯	0円
イ 前年度分の市町村民税の所得割の額が48,600円未満の世帯（アに掲げる世帯を除く。）	1,000円
ウ 前年度分の市町村民税の所得割の額が48,600円以上の世帯	2,000円

備考

- この表における「所得割の額」とは、地方税法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第2号に規定する所得割（この所得割を計算する場合には、同法第314条の7、第314条の8並びに同法附則第5条第3項、第5条の4第6項及び第5条の4の2第6項の規定は適用しないものとする。）の額をいう。ただし、同法第323条に規定する市町村民税の減免があった場合には、その減免後の所得割の額とする。
- この表の世帯の区分（アに掲げる世帯を除く。）については、4月から8月までの負担額にあつては前年度分、9月から翌年3月までの負担額にあつては当該年度分の市町村民税の所得割の額により決定する。

第1号様式（第5条関係）

(表)

千歳市病児・病後児保育申込書

千歳市長 様

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申し込みます。

保護者住所	_____
(ふりがな) (_____)	
保護者氏名	_____ ㊟
児童との続柄 (_____)	
電話番号	_____

年 月 日記入

ふりがな			男	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
児童氏名			女	愛称	
保護者	続柄	氏名	勤務先及び電話番号		
	父		Tel _____		
	母		Tel _____		
			Tel _____		
申込理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日の () 日間				
児童の送迎	入所 (入所時間: 時 分頃 連れて来る方の氏名: _____ 続柄: _____) 退所 (退所時間: 時 分頃 迎えに来る方の氏名: _____ 続柄: _____)				
緊急時の連絡先	①氏名 (_____ 続柄: _____) 連絡先名 (_____ Tel _____) ②氏名 (_____ 続柄: _____) 連絡先名 (_____ Tel _____)				
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号		
児童の症状	①病名 (_____) ※医師連絡書の病名を記入してください。 ②認定こども園、保育園、幼稚園等をいつから休んでいますか。(年 月 日から) ③今朝の体温 (_____ ℃) ④現在の症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 (_____) ⑤服薬はしていますか。(<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない) ⑥薬の内容は <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 吐き止め <input type="checkbox"/> その他 (具体的に _____) ※薬の名前が分かれば記入してください。(_____) ⑦最後に服薬したのはいつですか。(_____ 月 日 時頃) ⑧下痢をしている場合 便の状態 (<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水用 <input type="checkbox"/> 粘液用 <input type="checkbox"/> 血便) 最後にしたのはいつですか。(_____ 月 日 時頃) ⑨水分は取れていますか。(<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない) ⑩昨夜は良く眠れていましたか。(<input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> 眠れなかった)				
日常の保育状況	<input type="checkbox"/> 認定こども園又は保育園に通園 (園名 _____) <input type="checkbox"/> 学童クラブに通所 (学童クラブ名 _____) <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園 (幼稚園名 _____) <input type="checkbox"/> 自宅で保育				
掛り付けの病院	小児科内科 (病院名 _____)		Tel _____		
	外 科 (病院名 _____)		Tel _____		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯				
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師連絡書 <input type="checkbox"/> 課税状況等確認同意書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税を証明する書類 <input type="checkbox"/> 課税証明書				

注 1 □欄については、該当項目に✓印を記入してください。

2 裏面の健康調査票も記入してください。

(裏)

健康調査票

お子さんのことを詳しく伺いますので、母子手帳に基づいてご記入ください。

出産状態 乳幼児期の 発達	在胎 () 週 出生時体重 () グラム 分娩時の異常: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 首の座り () か月 お座り () か月 一人歩き () か月 言葉の始まり () か月	
予防接種	<input type="checkbox"/> ツ反 (年 月 判定) (年 月 判定) <input type="checkbox"/> BCG (年 月) <input type="checkbox"/> ポリオ (1回 年 月) <input type="checkbox"/> ポリオ (2回 年 月) <input type="checkbox"/> 三種混合Ⅰ期 (年 月) (年 月) (年 月) Ⅱ期 (年 月) <input type="checkbox"/> 風疹 (年 月) <input type="checkbox"/> はしか (年 月) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう (年 月) <input type="checkbox"/> _____ (年 月)	
今までにかかった感染症	<input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> しょうこう熱 <input type="checkbox"/> B型肝炎 (キャリアを含む。) <input type="checkbox"/> その他 ()	
その他今までにかかった病気等で注意すべきもの	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回: 歳時 以後: 回反復 最終: 年 月) <input type="checkbox"/> 喘息 (<input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時だけ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 _____ (アレルギー品目:) <input type="checkbox"/> 無 _____ (アレルギーを起こした時の症状:)	
普段の生活状態	食	乳児 栄養法 (<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合) 1日 () cc 1日 () 回 離乳食 (<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) 1日 () 回
	幼児	好きなもの () 嫌いなもの () 離乳完了 (カ月) 食欲 (<input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 小食) 食事形態 (<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 介助が必要)
	排便	<input type="checkbox"/> すべておむつ <input type="checkbox"/> トイレトレーニング中 <input type="checkbox"/> 寝ている時のみおむつ <input type="checkbox"/> 自立している ※排泄の予告 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	睡眠	睡眠時間 (昼 : ~ :) (夜 : ~ :) 寝つき (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否) 寝起き (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 否) 寝ている時の様子や癖 ()
	性格	<input type="checkbox"/> 明朗 <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 素直 <input type="checkbox"/> 勝ち気 <input type="checkbox"/> その他 ()
※ その他お子さんについて知っておいてほしいこと、気掛かりなこと、及びご要望等があれば記入してください。		

※ この調査票は、同一年度の2回目以降の申込時において内容に変更のない場合は、省略できます。

第2号様式 (第5条関係)

千歳市病児・病後児保育医師連絡書

千歳市長 様

病児・病後児保育の利用が適当と認められるため、次のとおり連絡します。

児 童 氏 名		性別	男・女	
児童の生年月日	年 月 日			
該当する病名又は症状（該当番号に○）				
1 感冒・感冒様症候群	11 ^{ノウカシ} 膿痂疹	病名不明のとき		
2 ^{イン} 咽頭炎	12 突発性発疹症 ^シ			
3 ^{ヘン セン} 扁桃腺炎	13 手足口病			20 発熱
4 気管支炎	14 伝染性紅斑（りんご病）			21 下痢
5 ^{セン} 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎 ^{セン}			22 ^{オウ} 嘔吐
6 消化不良症	16 ^シ 麻疹			23 ^{ガイソウ} 咳嗽
7 感冒性嘔吐症 ^{オウ}	17 水痘			24 ^{セン} 喘鳴
8 自家中毒症	18 百日咳 ^{ゼキ}			25 ^シ 発疹
9 中耳炎・外耳炎	19 ^シ 風疹			
10 結膜炎（流角結を含む。）	26 その他（ ）			
診 療 形 態	1 外来 2 往診 3 入院（ 年 月 日～ 年 月 日）			
既往歴、治療経過及び症状経過				
現在の投薬処方				
利用上の留意事項				
保育に関する意見	病児・病後児保育が必要（ 日程度）			
安静度（該当番号に○）	1 ベッド上安静 2 隔離室で他児と隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主で、他児との静かな遊びが可能） 4 室内保育（他児と室内での普通な遊びが可能）			
食事（昼食）（該当項目に○）	ミルク・牛乳のみ・離乳食（前期・中期・後期）・幼児食・下痢食 アレルギー食（除去内容 ）			
その他指示			次回診察予定日 月 日（ ）	

年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名



第3号様式（第6条関係）

千歳市病児・病後児保育承諾通知書

年 月 日

様

千歳市長

年 月 日付けで申込みのあった病児・病後児保育の利用について、承諾したので通知します。

児 童 氏 名		年 月 日生	男 ・ 女
承 諾 期 間	年 月 日 ~		年 月 日 () 日間
承 諾 理 由	<input type="checkbox"/> 就 労 <input type="checkbox"/> 傷 病 <input type="checkbox"/> 事 故 <input type="checkbox"/> 出 産 <input type="checkbox"/> 冠 婚 葬 祭 <input type="checkbox"/> その他 ()		
費 用 負 担 額	<input type="checkbox"/> 日額2,000円 (市町村民税の所得割の額が48,600円以上の世帯) <input type="checkbox"/> 日額1,000円 (市町村民税の所得割の額が48,600円未満の世帯) <input type="checkbox"/> 日額 0円 (生活保護世帯・市町村民税非課税世帯)		

第4号様式 (第6条関係)

千歳市病児・病後児保育不承諾通知書

年 月 日

様

千歳市長

年 月 日付けで申込みのあった病児・病後児保育の利用について、不承諾といたしましたので通知します。

児 童 氏 名		年 月 日 生	男・女
不承諾理由	<input type="checkbox"/> 利用対象者に該当しないため <input type="checkbox"/> 利用希望日において定員に空きがないため <input type="checkbox"/> 医師連絡書の提出がないため <input type="checkbox"/> その他（ ）		

注 行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示文の標準を定める規則（平成17年千歳市規則第4号）第2条第1項第2号の規定による教示文を余白若しくは裏面に記載し、又は添付する。

第5号様式（第9条関係）

千歳市病児・病後児保育（中止・解除）通知書

年 月 日

様

千歳市長

年 月 日付けで通知しました病児・病後児保育の利用の承諾を、下記のとおり（中止・解除）しますので通知します。

記

- 1 児童氏名 _____
- 2 中止期間 _____年 ____月 ____日から _____年 ____月 ____日まで
- 3 解除日 _____年 ____月 ____日

4 （中止・解除）の理由

.....

.....

.....

.....

.....

注 行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示文の標準を定める規則（平成17年千歳市規則第4号）第2条第1項第2号の規定による教示文を余白若しくは裏面に記載し、又は添付する。