

## 伊勢原市病児・病後児保育事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、児童が病中又は病気の回復期にあつて集団保育や家庭での保育が困難な場合に、当該児童を適切な処遇が確保される施設（以下「実施施設」という。）において一時的に保育する病児・病後児保育事業（以下「事業」という。）を実施することにより、保護者の子育てと就労の両立を支援するとともに、児童の健全育成と資質の向上に寄与することを目的とする。

### (事業の実施主体及び実施方法)

第2条 事業の実施主体は、伊勢原市とする。

2 市長は、この事業の実施について伊勢原市内の医療機関又は認可保育所を設置・運営する社会福祉法人等に委託することができる。

### (対象児童等)

第3条 事業の対象となる児童は、保護者が就労、傷病等やむを得ない事情により家庭での保育が困難な児童で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 伊勢原市内に居住していること。
- (2) 病中又は病気回復期にあるため集団保育が困難であるが、入院の必要のない状態であること。
- (3) 利用時において生後6月（病気の回復期にあつては8週）を超え、小学校3年生までの児童であること。

2 前項の規定にかかわらず、実施施設で受け入れが可能な場合において、市長が特に必要と認める者を対象児童とすることができる。

### (施設の基準等)

第4条 事業の実施施設の基準は、次のとおりとする。

- (1) 保育室として、利用児童1人当たり1.98平方メートル以上、かつ、1室8平方メートル以上の部屋を有すること。
- (2) 感染症り患児童受入れのための隔離の機能を持つ部屋として、利用児童1人当たり1.98平方メートル以上の隔離室を有すること。
- (3) 乳幼児の静養又は隔離の機能を持つ部屋として、利用児童1人当たり1.65平方メートル以上の観察室又は安静室を有すること。
- (4) 調乳室（調理室の一部が調乳場としての区画がされている場合を含む。）及び調理室を有すること。
- (5) その他事業の実施に必要な設備及び備品が設けられていること。

2 実施施設は、病児及び病後児を合わせて6人以上の受け入れが可能でなければならない。

3 実施施設には、原則として利用児童10人につき看護師又は准看護師を1人、利用児童3人につき保育士を1人以上配置しなければならない。

### (事業を実施しない日)

第5条 事業を実施しない日（以下「休業日」という。）は、次のとおりとする。ただし、市長が必要と認めるときは、実施施設の長と協議の上、休業日を変更することができる。

- (1) 土曜日及び日曜日
- (2) 国民の祝日に関する法律に規定する休日

(3) 1月2日及び同月3日

(4) 12月29日から同月31日まで

(実施施設での保育時間)

第6条 保育時間は、午前8時30分から午後5時までとする。ただし、市長が必要と認めるときは、実施施設の長と協議の上、保育時間を変更することができる。

(利用期間)

第7条 事業を利用することができる期間は、7日以内（休業日は算入しない。）とする。ただし、医師の判断等により必要と認められる場合は、必要最小限度の範囲内で延長することができるものとする。

(事業の利用料等)

第8条 事業を利用する児童の保護者は、別表に定める病児・病後児保育事業利用料（以下「利用料」という。）を実施施設の長に支払わなければならない。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に該当するときは、その利用料は、全額伊勢原市の負担とする。

2 実施施設における昼食代、おやつ代、児童が緊急に診察を受けた場合の医療費、薬剤費及び児童に使用する医療材料費等の消耗品等（以下「食事代等」という。）は、児童の保護者が別に負担しなければならない。

3 前2項に定める利用料及び食事代等は、児童が利用する日ごとに、保護者が実施施設の長に支払わなければならない。

(利用料の返還)

第9条 前条に定める既納の利用料及び食事代等は、返還しない。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合は、その全部又は一部を返還することができる。

(1) 災害等利用する児童又は当該児童の保護者の責めによらない理由により、利用することができないとき。

(2) 伊勢原市又は実施施設の都合により、利用承認を取り消されたとき。

(登録及び利用申込)

第10条 事業の利用を希望する保護者（以下「利用希望者」という。）は、あらかじめ伊勢原市病児・病後児保育事業利用登録申込書（第1号様式）を市長に提出し、登録を受けなければならない。

2 市長は、事業に係る登録者名簿を作成し、前項の登録を受けた者を当該登録者名簿に登載するものとする。

3 登録の有効期間は、登録を受けた日からその日の属する年度の末日までとする。

4 第1項の登録申込書を提出した保護者が事業を利用しようとするときは、利用を希望する日の前日（その日が休業日に当たる場合は、その直前の休業日でない日）までに伊勢原市病児・病後児保育事業利用申請書（第2号様式）を市長に提出しなければならない。ただし、緊急やむを得ない場合には、利用日当日に提出することができる。

5 利用希望者は、前項に規定する申請書を提出しようとするときは、あらかじめ対象となる児童に医師による診察を受けさせ、伊勢原市病児・病後児保育事業医師連絡票（第3号様式）の交付を受け、当該申請書に添付しなければならない。

(利用承認等)

第11条 市長は、前条に定める申請書等の提出があったときは、速やかに内容の調査及び審査を行い、承認又は不承認の決定をし、伊勢原市病児・病後児保育事業利用承認（不承認）決定通知書（第4号様式）により利用希望者に通知するものとする。

2 前項に定める利用承認は、申込みの順序により行なうこととし、複数の利用希望者から申込みが同時になされた場合は、協議又はくじにより決定することとする。

3 市長又は実施施設の長は、定員等やむを得ない事情があるときは、事業の利用を差し止めることができる。

（権利の譲渡等の禁止）

第12条 利用承認を受けた者（以下「承認を受けた者」という。）は、その権利を譲渡し、又は転貸することはできない。

（利用の解除等）

第13条 市長は、児童又は承認を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、利用承認の取消又は当該児童の事業の利用の停止若しくは制限をすることができる。

(1) 児童が第3条に定める条件に該当しなくなったとき。

(2) 児童の病状変化等により、実施施設での対応が著しく困難なとき。

(3) 児童又は承認を受けた者が利用目的に反する行為をしたとき。

(4) 児童又は承認を受けた者が実施施設の職員の指示に従わないとき。

(5) 虚偽の申請又は不正な手続により利用承認を受けたとき。

(6) 前各号に掲げるもののほか、事業を利用させることが不相当と認められるとき。

2 前項の規定により事業の利用を解除し、又は停止若しくは制限するときは、承認を受けた者に理由を付して、その旨を通知するものとする。

（実施施設の長の責務）

第14条 事業の実施に当たり、実施施設の長は、次に掲げる事項に配慮しなければならない。

(1) 体温の管理等、児童の健康状態を適切に把握し、児童の病状に応じて安静を保てるよう処遇内容を工夫すること。

(2) 他の児童への感染防止に配慮すること。

(3) 前2号に掲げるもののほか、事業を適切に実施するための措置を講ずること。

（実施状況の記録）

第15条 実施施設の長は、常に事業の実施状況を記録しておかなければならない。

（委託経費）

第16条 市長は、事業を委託する場合において、事業を受託する者に対し、事業の委託に係る費用（次項において「委託経費」という。）を支払うものとする。

2 前項の委託経費の額の算定に当たっては、第8条第1項の規定による利用料を差し引き、同項ただし書の規定による伊勢原市負担分を含めるものとする。

（実施報告）

第17条 実施施設の長は、毎月の病児・病後児保育の実施状況について、伊勢原市病児・病後児保育事業実施報告書（第5号様式）を翌月10日までに市長に提出しなければならない。

2 実施施設の長は、年度終了後15日以内に伊勢原市病児・病後児保育事業実施結果報

告書（第6号様式）を市長に提出しなければならない。

（委任）

第18条 この要綱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（平成26年6月18日告示第101号）

（施行期日）

1 この告示は、平成26年8月1日から施行する。

（準備行為）

2 市長は、この告示の施行の前においても、病児・病後児保育事業実施に関し必要な準備行為をすることができる。

（伊勢原市病後児保育事業実施要綱の廃止）

3 伊勢原市病後児保育事業実施要綱（平成16年伊勢原市告示第89号）は、廃止する。

（経過措置）

4 この告示の施行の際現に改正前の伊勢原市病後児保育事業実施要綱第11条第1項の規定により通知された伊勢原市病後児保育事業利用承認（不承認）決定通知書は、伊勢原市病児・病後児保育事業実施要綱第11条第1項の規定により通知された伊勢原市病児・病後児保育事業利用承認（不承認）決定通知書とみなす。

附 則（令和4年3月31日告示第52号）

この告示は、公表の日から施行する。

別表（第8条関係）

伊勢原市病児・病後児保育利用料

利用者の世帯区分	児童1人当たりの利用料（日額）
生活保護法の規定による被保護世帯	0円
上記以外の世帯	2000円

備考 昼食代、おやつ代、児童が緊急に診察を受けた場合の医療費、薬剤費及び児童に使用する消耗品費等を含まない。

伊勢原市病児・病後児保育事業利用登録申込書 (新規・更新)

記入日 年 月 日

申請者名

登録児童	ふりがな			愛称	血液型	生年月日	
	児童氏名				型Rh	年 月 日	
	自宅住所			通園施設	未検査	( 歳 カ月)	
	電話番号	〒 -			保育所・認定こども園・幼稚園・小学校・その他		
かかりつけ医	( )病院		( )先生				
保護者及び同居の家族等	保護者氏名	( )歳		続柄	連絡先(携帯)		
	勤務先	配属先		職種	電話番号		
	保護者氏名	( )歳		続柄	連絡先(携帯)		
	勤務先	配属先		職種	電話番号		
	同居の家族	氏名 続柄 ( )歳	氏名 続柄 ( )歳	氏名 続柄 ( )歳	氏名 続柄 ( )歳		
生育歴	妊娠、出産時の異常 … なし ・ あり ( )						
	出生時体重 … ( g) 出産時期 … (在胎 週)						
	首のすわり … ( 月)、おすわり … ( 月)、一人歩き … ( 月)						
	栄養法 … 母乳 ・ 人工 ・ 混合 断乳時期 … ( 歳 月)						
	離乳食摂取期間 … ( 月 ~ 月)						
既往歴等	突発性発疹 ・ 麻疹(はしか) ・ 水痘(水ぼうそう) ・ 風疹 ・ 百日咳 ・ 結核 ・ 肺炎 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・ 喘息 ・ 喘息様気管支炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 熱性けいれん(初回 … 歳 月、直近 … 歳 月 / 発症時の体温 … ℃) その他 ( )						
入院歴	なし ・ あり	(病名: / )		歳 月時			
		(病名: / )		歳 月時			
予防接種	ポリオ	未 ・ 1回 ・ 2回		流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未 ・ 済			
	三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		水痘(水ぼうそう) 未 ・ 済			
	四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加		ヒブ 未 ・ 回			
	麻疹(はしか)	未 ・ 済		肺炎球菌 未 ・ 回			
	風疹	未 ・ 済		その他			
	日本脳炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 追加					
	BCG		未 ・ 済 ( 年 月)				
薬	* 常時服用している薬があればお書きください。(喘息、アトピー性皮膚炎・けいれん等)						
	薬名 ( )	時間(食前・食間・食後・その他)					
	薬の内容 ( )	回数(朝・昼・晩・その他)					
アレルギー	薬のアレルギー … なし ・ あり ( ) アレルギー等により制限している食品 … なし ・ あり * 制限されている食品名(制限品目全てに○印) まだ摂取していない食品にも○印をつけてください 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦・ソバ・落花生・大豆・くるみ・オレンジ・キウイフルーツ・桃 リンゴ・山芋・ゼラチン・牛肉・豚肉・鶏肉・シャケ・サバ・イカ・カニ その他 ( )						
遊び	好きなこと:						
排泄	便: 回/日 自分で 1 できる 2 できない 3 介助があればできる(介助内容を具体的に: )						
	尿: 回/日 自分で 1 できる 2 できない 4 介助があればできる(介助内容を具体的に: )						
睡眠	午後 : ~ 午前 : * 午睡の習慣 あり・なし ありの場合( : ~ : ) ( : ~ : )						
その他	* 伝えておきたいこと、考慮してほしいことについて具体的にお書きください。(生活習慣や癖など)						

伊勢原市病児・病後児保育事業利用申請書

伊勢原市長 殿

年 月 日記入

伊勢原市病児・病後児保育事業を利用したいので、次の注意事項に同意し、又は了解した上、医師連絡票を添付して申し込みます。

**\* 注意事項**

- 1 病児・病後児保育事業の利用期間中は、実施施設及び実施医療機関の指示に従ってください。
- 2 感染予防には十分配慮していますが、病児・病後児保育室内での利用児童同士の感染が起こる可能性があります。
- 3 児童の症状によっては、実施施設の職員の判断で、利用期間が変更になることがあります。
- 4 児童の症状が急変した場合は、医師の診断に基づき医療行為を行うことがあります。

申請者 氏名  
(保護者) 住所  
電話 ( )

フリガナ	生年月日	
児童氏名	年 月 日	*利用希望初日現在で ( 歳 か月)
通園通学施設名	電 話 ( )	
	保育所( 認可 / 認可外 ) ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ その他	
病名・症状	※医師連絡票記載のとおり記入してください。	
与薬依頼	薬 ( ) 食前 食間 食後 時間など ( ) 注意事項( )	
アレルギー	薬・食物アレルギー なし・あり 薬( ) 食物( )	
利用の理由	1 勤務の都合 2 その他( )	
利用希望期間	年 月 日( )から 年 月 日( )までの間の 日間 *実際の保育希望日 / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( )	
利用希望時間	時 分 ~ 時 分	
緊急時の連絡先	第1番目	氏名: /児童との続柄: /携帯電話 ( ) 連絡先名称: 電 話 ( )
	第2番目	氏名: /児童との続柄: /携帯電話 ( ) 連絡先名称: 電 話 ( )
児童の容体が変化した場合の対応 (該当する項目に○印)	1 保護者が主治医に連れて行く。 2 病児・病後児保育事業委託病院、伊勢原協同病院で診察を受ける。 3 その他 ( )	
生活保護費	受給している ・ 受給していない (いずれかに○印)	

\* 上記太枠内について御記入ください。

利用の可否 (いずれかに○印)	承認する・承認しない(理由: )
利用料 (いずれかに○印)	有( 円/1日当たり 円 × 人 × 日) ・ 無(免除) * 昼食代・おやつ代、緊急に受診した場合の医療費、薬剤費及び児童に使用する消耗品等は含みません

\*1 この申請書に健康保険証、乳幼児医療費受給者証及び医療機関の発行する医師連絡票を添付してください

2 生活保護費を受給している人は、受給を証明する書類(生活保護費受給者票)を添付してください

## 伊勢原市病児・病後児保育事業医師連絡票

伊勢原市長 殿

年 月 日

医療機関 名 称  
所 在 地  
連絡先電話  
医 師 氏 名

伊勢原市病児・病後児保育事業の利用について次のとおり連絡いたします。

児 童 氏 名			
病 名 症 状  (番号に ○)	病 名		症 状
	01 急性上気道炎	10 咽頭結膜熱	01 発 熱
	02 気管支炎	11 インフルエンザ ( 型)	02 鼻 汁
	03 肺炎	12 流行性耳下腺炎	03 咳 嗽
	04 喘息様気管支炎	13 溶連菌感染症	04 喘 鳴
	05 喘息	14 伝染性膿痂疹(とびひ)	05 嘔 吐
	06 感染性胃腸炎 ( )	15 中耳炎	06 下 痢
	07 扁桃腺炎	16 突発性発疹	07 発 疹
	08 ヘルパンギーナ	17 その他	08 その他
	09 手足口病	( ) ( )	
いずれかに ○	01 病児保育室のみ(病気急性期) 02 病児保育室、病後児保育室(病気回復期) どちらも可 03 隔離室(隔離保育)		
安静度 (番号に ○)	01 ベッド上 02 室内安静 ( ベットの生活が主、他児との静かな遊びは可 ) 03 室内保育 ( 他児と室内で普通に遊んでもよい )		
食 事 (番号に ○)	01 ミルク・牛乳のみ 02 離乳食( 前期・中期・後期 ) 03 幼児食 ( 常食・軟菜食 ) 04 アレルギー食(除去内容: ) 05 その他 (内容: )		
処 方 内 容 そ の 他 注意事項など			
この連絡票の 有効期間	年 月 日～ 月 日まで *上限7日間(土・日・祝日を除く)		

※ 医療機関の皆様へ  
この用紙は、記入後、児童の保護者にお渡しくださるようお願いいたします。

[問合せ先]

\* 保護者の方へ : この書類は、利用申請(変更申請)の際に申請書類に添付してください。



伊勢原市病児・病後児保育事業利用承認（不承認）決定通知書

様

年 月 日

伊勢原市病児・病後児保育事業について、次のとおり決定したので通知します。

伊勢原市長

印

フリガナ		生年月日
児童氏名		年 月 日 *利用希望初日現在で ( 歳 か月)
通園通学施設名		電 話 ( )
	保育所( 認可 / 認可外 ) ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 小学校 ・ その他	
病名・症状	※医師連絡票記載のとおりに記入してください。	
与薬依頼	薬 ( ) 時間など ( )	食前 食間 食後 注意事項 ( )
アレルギー	薬・食物アレルギー なし・あり 薬( ) 食物( )	
利用の理由	1 勤務の都合 2 その他 ( )	
利用希望期間	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) までの間の 日間 *実際の保育希望日 / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( ) / ( )	
利用希望時間	時 分 ~ 時 分	
緊急時の連絡先	第1番目	氏名: / 児童との続柄: / 携帯電話 ( ) 連絡先名称: 電 話 ( )
	第2番目	氏名: / 児童との続柄: / 携帯電話 ( ) 連絡先名称: 電 話 ( )
児童の容体が変わった場合の対応 (該当する項目に○印)	1 保護者が主治医に連れて行く。 2 病児・病後児保育事業委託病院、伊勢原協同病院で診察を受ける。 3 その他 ( )	
生活保護費	受給している ・ 受給していない (いずれかに○印)	

利用の可否 (いずれかに○印)	承認する・承認しない(理由: )
利用料 (いずれかに○印)	有 ( 円/1日当たり 円 × 人 × 日 ) ・ 無(免除) * 昼食代・おやつ代、緊急に受診した場合の医療費、薬剤費及び児童に使用する消耗品等は含みません

\* 利用上の注意

- 1 利用料の外に昼食代、おやつ代がかかります。
  - 2 緊急に医療機関を受診した場合は、医療費、薬剤費等を別に負担していただきます。
  - 3 医療材料やおむつ等の消耗品類を使用した場合は、別に実費がかかります。
  - 4 利用日、利用期間の変更を希望する場合は、別に手続が必要となります。
  - 5 児童が、伊勢原市病児・病後児保育実施要綱第3条の条件に該当しなくなった場合は、承認を取り消します。
  - 6 虚偽の申請又は不当な手続により承認を受けた場合は、承認を取り消します。
  - 7 容体の変化等児童及び児童の保護者に帰すべき事由で保育が中止された場合は、利用料及び上記1. 2. 3に示す費用は返還しません。
- ※ 利用される際には、この書類を必ず持参してください。  
 ※ 不明な点は施設に直接連絡してください。(連絡先/ )

## 伊 勢 原 市 病 児 ・ 病 後 児 保 育 事 業 実 施 報 告 書

年 月 日

伊 勢 原 市 長 殿

所在地

団体名・施設名

代表者氏名

年度 月分( 年 月分)の実績について、次のとおり報告します。

日	曜日	利用 人数	内 訳 No.	利 用 児 童			保 育 時 間	利用料 収入額	備 考
				氏 名	年 齢	保 護 者 氏 名			
					歳		: ~ :	円	
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		
							: ~ :		

\* 内訳欄のNo.は、利用日ごとに1番から記入してください。

月間利用 人数(延)	人	月間利用料 免除者数(延)	人
---------------	---	------------------	---

月間利用料合計	円
---------	---

年度内利用 人数累計(延)	人	年度内利用料 免除者累計(延)	人
------------------	---	--------------------	---

年度内利用料累計	円
----------	---

(継続用紙)

日	曜日	利用 人数	利 用 児 童			保育時間	利用料 収入額 円	備 考
			内 訳 No.	氏 名	年 齢 歳			
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		
						: ~ :		

\* 内訳欄のNo.は、利用日ごとに1番から記入してください。

月間利用 人数(延)	人	月間利用料 免除者数(延)	人
---------------	---	------------------	---

月間利用料合計	円
---------	---

年度内利用 人数累計(延)	人	年度内利用料 免除者累計(延)	人
------------------	---	--------------------	---

年度内利用料累計	円
----------	---

第6号様式(第17条関係)

# 伊勢原市病児・病後児保育事業実施結果報告書

年 月 日

伊勢原市長 殿

所在地

団体名・施設名

代表者氏名

年度実施結果について、次のとおり報告します。

月	開業日数 日	利用日数 日	利用者数(延数)			利用料収入 円	特記事項
			生活保護受給者 人	その他 人	計 人		
合計							