

(別紙4 病児保育事業)

1. 事業所に関する事項

施設の種類	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 認定こども園	<input type="checkbox"/> 保育所
	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 小規模保育施設	<input type="checkbox"/> 家庭的保育事業所	
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
事業の種類	<input type="checkbox"/> 病児対応型	<input type="checkbox"/> 病後児対応型	<input type="checkbox"/> 体調不良児対応型	
	<input type="checkbox"/> 非施設型 (訪問型)			
名称				
所在地	〒 - -			
	TEL: - - メールアドレス: _____			
事業者の 管理者	職名		フリガナ	
			氏名	
	住所		生年 月日	昭和 平成 年 月 日

2. 運営に関する事項

(1) 開設時間

日曜	開設時間※
	～
	～
	～

※24時間標記で記入してください。

(2) 利用定員

利用定員	
------	--

(3) 対象年齢

- 0歳児 1歳児 2歳児 3歳児 4歳児 5歳児
 就学児 (小学 年生まで)

(4) 利用料金

料金種別 料金の内容	日額		半日		1時間当たり	
	市内	市外	市内	市外	市内	市外
保育料						
その他 ()						
その他 ()						
その他 ()						

食事の 提供の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合は、以下も記入してください。)		
	<input type="checkbox"/> 食事代	<input type="checkbox"/> 1食あたり 0円	<input type="checkbox"/> 月あたり 0円
	<input type="checkbox"/> その他 ()	0円	
		・上記の食事代は、パンフレット等に記載している保育料に含んでいますか	
		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 無		

(5) 職員の定数及び職務の内容

職員数		常勤	非常勤	合計
資格別の内訳	保育士			
	幼稚園教諭			
	保育教諭			
	看護師			
	准看護師			
	保健師			
	助産師			
	その他 ()			
	その他 ()			

(6) 協力機関・指導医の状況

協力機関	設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無の場合は、その理由 ()	
	名 称	〒 -		
	所在地	TEL : - - メールアドレス :		
	協力内容			
指導医	設定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	無の場合は、その理由 ()	
	名 称	〒 -		
	所在地	TEL : - - メールアドレス :		
	指導内容			

3. 設備に関する事項

(1) 保育室等の面積

保育室等の種類	保育室	観察室	調理室 (専用・兼用)	その他 ()	合計
面 積					
乳幼児一人当たり面積					

(添付書類)

- 1 児童福祉法第34条の18の規定により届け出た病児保育事業開始届及び変更届の写し
(上記記載事項の最新の状況を確認するため必要なものの抜粋で差し支えない)
- 2 料金表及び利用案内・パンフレット
- 3 施設の図面 (保育室等の配置がわかるもの)