

(別紙5 病児保育事業)

1. 事業所に関する事項

施設の種類の種類	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> 認定こども園	<input checked="" 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 ()			
事業の種別	<input checked="" 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	〇〇〇〇 園			
所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	姫路市〇〇町〇〇番地			
事業の者の管理	TEL: 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇		メールアドレス: 〇〇〇〇 @ 〇〇〇	
	職名	施設長		フリガナ 〇〇 〇〇
				氏名 〇〇 〇〇
	住所	姫路市〇〇町〇〇番地		生年月日 昭和 〇 年 〇 月 〇 日

2. 運営に関する事項

(1) 開設時間

曜日	日	開設時間※		
平	日	9:00	～	17:00
土	曜	:	～	:
日	曜	:	～	:

※24時間表記で記入してください。

(2) 利用定員

利用定員	5	人
------	---	---

(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 3 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	2,500 円	2,500 円	円	円	円	円
その他 ()	円	円	円	円	円	円
その他 ()	円	円	円	円	円	円
その他 ()	円	円	円	円	円	円

食事の提供の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (有の場合は、以下も記入してください。)						
	<table border="1"> <tr> <td>食事代</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1食あたり 400 円</td> <td><input type="checkbox"/> 月当たり 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他 () 円</td> </tr> </table>	食事代	<input checked="" type="checkbox"/> 1食あたり 400 円	<input type="checkbox"/> 月当たり 円		<input type="checkbox"/> その他 () 円	
	食事代	<input checked="" type="checkbox"/> 1食あたり 400 円	<input type="checkbox"/> 月当たり 円				
		<input type="checkbox"/> その他 () 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 checked="" 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
		2 人	1 人	3 人
資格別の内訳	保育士	1 人	1 人	2 人
	幼稚園教諭			0 人
	保育教諭			0 人
	看護師	1 人		1 人
	准看護師			0 人
	保健師			0 人
	助産師			0 人
	その他 ()			0 人
	その他 ()			0 人

(6) 協力機関・指導医の状況

協力機関	設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合は、その理由 ()
	名称	〇〇〇〇 病院
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 姫路市〇〇町〇〇番地 TEL: 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇 メールアドレス: 〇〇〇〇〇 @ 〇〇〇
	協力内容	日常の医療面での指導内容、緊急時の対応、対応可能な症例、開所(訪問)時間等について記載してください。
指導医	設定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の場合は、その理由 ()
	名称	〇〇 〇〇
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 姫路市〇〇町〇〇番地 TEL: 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇 メールアドレス: 〇〇〇〇〇 @ 〇〇〇
	指導内容	日常の医療面での指導内容、緊急時の対応、対応可能な症例、開所(訪問)時間等について記載してください。

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 兼用	その他 ()	合計
面積	20.0 m ²	20.0 m ²	30.5 m ²	m ²	70.5 m ²
乳幼児一人当たり面積	m ²	m ²	m ²	m ²	0.0 m ²

専用もしくは兼用の
いずれかを選択してください。

(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)