

# 令和 年 月分 延長保育（月極め・スポット）申請書

ナーサリー糀谷園長様

下記のとおり延長保育を申し込みます。尚、延長保育料の算定に必要な税情報について、住居地の市町村に調査を依頼し、確認することを承諾します。

※保護者記入欄

園児氏名・生年月日	年 月 日生			クラス名
保護者氏名				
勤務時間				
理由				
<u>必要とする延長保育に○印を記入して下さい。</u>	<b>スポット延長保育</b>	<b>月極め延長保育 （15日以下）</b>	<b>月極め延長保育 （16日以上）</b>	
<b>18:15~19:15 （1時間延長：補食）</b>				
<b>18:15~20:15 （2時間延長：夕食）</b>				
備考欄（スポット延長保育の場合は利用日を記入してください。）				

※原則、2時間延長の場合は夕食の提供となります。

※当日急なご利用になる場合は、16:00までにご連絡ください。16:00以降の場合、準備の都合上補食の提供が出来ない場合があります。

上記の延長保育を承認いたします。

令和 年 月 日

ナーサリー糀谷園長 印

## 別表

## ナーサリー糀谷 延長・スポット保育料 一覧表

階層区分		1時間延長保育料(月額)		2時間延長保育料(月額)		スポット 延長保育料 (円/1時間)
		0・1・2歳児 クラス	3・4・5歳児 クラス	0・1・2歳児 クラス	3・4・5歳児 クラス	
A	生活保護を受けている世帯	0		0		0
B	A階層を除く区市町村税非課税世帯					
C1	区市町村税のうち均等割のみの課税世帯					400
C2	区市町村税のうち所得割課税が 30,000円未満の世帯	延長申請の 延長希望回数		延長申請の 延長希望回数		
C3	区市町村税のうち所得割課税が 30,000円以上50,000円未満の世帯					
C4	区市町村税のうち所得割課税が 50,000円以上60,000円未満の世帯	15日以下 : 1,500		15日以下 : 3,000		
C5	区市町村税のうち所得割課税が 60,000円以上70,000円未満の世帯	16日以上 : 2,000		16日以上 : 4,000		
C6	区市町村税のうち所得割課税が 70,000円以上80,000円未満の世帯					
C7	区市町村税のうち所得割課税が 80,000円以上90,000円未満の世帯					
C8	区市町村税のうち所得割課税が 90,000円以上100,000円未満の世帯					
C9	区市町村税のうち所得割課税が 100,000円以上114,000円未満の世帯	延長申請の 延長希望 回数	延長申請の 延長希望 回数	延長申請の 延長希望 回数	延長申請の 延長希望 回数	
C10	区市町村税のうち所得割課税が 114,000円以上128,000円未満の世帯					
C11	区市町村税のうち所得割課税が 128,000円以上142,000円未満の世帯	15日以下 : 2,000		15日以下 : 4,000		
C12	区市町村税のうち所得割課税が 142,000円以上156,000円未満の世帯	16日以上 : 3,000		16日以上 : 6,000		
C13	区市町村税のうち所得割課税が 156,000円以上170,000円未満の世帯					
C14	区市町村税のうち所得割課税が 170,000円以上193,300円未満の世帯					
C15	区市町村税のうち所得割課税が 193,000円以上216,600円未満の世帯					
C16	区市町村税のうち所得割課税が 216,600円以上239,900円未満の世帯					
C17	区市町村税のうち所得割課税が 239,900円以上263,200円未満の世帯					
C18	区市町村税のうち所得割課税が 263,200円以上286,500円未満の世帯					
C19	区市町村税のうち所得割課税が 286,500円以上310,000円未満の世帯	延長申請の 延長希望 回数		延長申請の 延長希望 回数		
C20	区市町村税のうち所得割課税が 310,000円以上340,000円未満の世帯					
C21	区市町村税のうち所得割課税が 340,000円以上370,000円未満の世帯					
C22	区市町村税のうち所得割課税が 370,000円以上400,000円未満の世帯	15日以下 : 4,000		15日以下 : 8,000		
C23	区市町村税のうち所得割課税が 400,000円以上450,000円未満の世帯	16日以上 : 5,000		16日以上 : 10,000		
C24	区市町村税のうち所得割課税が 450,000円以上500,000円未満の世帯					
C25	区市町村税のうち所得割課税が 500,000円以上550,000円未満の世帯					
C26	区市町村税のうち所得割課税が 550,000円以上600,000円未満の世帯					
C27	区市町村税のうち所得割課税が 600,000円以上の世帯					

1時間延長の場合→補食提供(主食、お茶)

2時間延長の場合→夕食提供(主食、副菜、汁物)

※補食、夕食代は延長料に含まれます。

(利用料はゆうちょ銀行からの引落としとさせていただきます。)

登 園 届 (保護者記入)

\_\_\_\_\_  
保育園長

園児氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

医療機関名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日受診) において

病 名 \_\_\_\_\_ と診断されました。

病状が回復し、集団生活に支障がない状態と医師に判断されたので

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 より登園いたします。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 保護者名 \_\_\_\_\_

裏面にある感染症にかかった後の登園の際には、上記の登園届の提出をお願いいたします。

なお、以下①の場合には、医師の診断書（有料）の提出をお願いします。

②の場合には、お子さんの早期回復と集団での感染拡大防ぐために、登園を控えていただくこともありますので、ご了承ください。

①裏面の「登園のめやす」期間が終了しないうちに登園可能と医師に診断され、保護者が登園を希望する場合

②子どもの全身症状が良好でなく、施設長または施設長に準じる者が集団生活に支障があると判断する場合

登園届の提出が必要な感染症の一覧を次ページに記載しています。

◆感染症にかかった後の登園について

保育園は乳幼児が集団で長時間生活をする場です。感染症の集団での発症や流行をできるだけ防ぐことはもちろん、子どもたちが一日快適に生活できることが大切です。下記の感染症については、登園のめやすを参考に、かかりつけの医師の診断に従い、登園届の提出をお願いいたします。なお、保育園での集団生活に適應できる状態に回復してから登園しましょう。

◆登園届が必要な感染症

感染症名	感染しやすい期間	登園のめやす
麻疹（はしか）	発症 1 日前から発しん出現後の 4 日後まで	解熱後 3 日を経過していること
インフルエンザ	症状がある期間（発症前 24 時間から発病後 3 日程度までが最も感染力が強い）	発症した後 5 日経過し、かつ解熱した後 2 日経過していること（乳幼児にあっては、3 日経過していること）
風しん	発しん出現の前 7 日から後 7 日間くらい	発しんが消失していること
水痘（水ぼうそう）	発しん出現 1～2 日前から痂痂（かさぶた）形成まで	すべての発しんが痂痂（かさぶた）化していること
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	発症 3 日前から耳下腺腫脹後 4 日	耳下腺、顎下腺、舌下腺の腫脹が発現してから 5 日経過し、かつ全身状態が良好になっていること
結核	—	医師により感染の恐れがないと認められていること
咽頭結膜熱（プール熱）	発熱、充血等症状が出現した数日間	発熱、充血等の主症状が消失した後 2 日経過していること
流行性角結膜炎	充血、目やに等症状が出現した数日間	結膜炎の症状が消失していること
百日咳	抗菌薬を服用しない場合、咳出現後 3 週間を経過するまで	特有の咳が消失していること又は適正な抗菌性物質製剤による 5 日間の治療が終了していること
腸管出血性大腸菌感染症（O157、O26、O111 等）	—	医師により感染のおそれがないと認められていること（無症状病原体保有者の場合、トイレでの排泄習慣が確立している 5 歳以上の小児については出席停止の必要はなく、また、5 歳未満の子どもについては、2 回以上連続で便から菌が検出されなければ登園可能である）
急性出血性結膜炎	—	医師により感染の恐れがないと認められていること
侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎）	—	医師により感染の恐れがないと認められていること
溶連菌感染症	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後 1 日間	抗菌薬内服後 24～48 時間経過していること
マイコプラズマ肺炎	適切な抗菌薬治療を開始する前と開始後数日間	発熱や激しい咳が治まっていること
手足口病	手足や口腔内に水疱・潰瘍が発症した数日間	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
伝染性紅斑（リンゴ病）	発しん出現前の 1 週間	全身状態が良いこと※
ウイルス性胃腸炎	症状のある間と症状消失後 1 週間（量は減少していくが数週間ウイルスを排泄しているので注意が必要）	嘔吐、下痢等の症状が治まり普段の食事がとれること
ヘルパンギーナ	急性期の数日間（便の中に 1 か月程度ウイルスを排泄しているので注意が必要）	発熱や口腔内の水疱・潰瘍の影響がなく、普段の食事がとれること
細気管支炎 RSウイルス感染症 ヒトメタニューモウイルス感染症	呼吸器症状のある間	全身症状が良いこと※
突発性発しん	—	解熱し機嫌が良く全身状態が良いこと※
伝染性膿痂疹（とびひ）	効果的治療開始後 24 時間まで	皮膚が乾燥しているか、湿潤部位が被覆してあること
単純ヘルペス感染症	—	医師により感染の恐れがないと認められていること 口唇ヘルペス・歯肉口内炎のみであればマスクなどして登園可能。

※「全身状態が良い」とは、「熱や主な症状がなく、機嫌がよく普段の食事がとれること」を言います。

注 1：登園のめやす期間は、発症日、解熱日とも当日を 0 とし、翌日を 1 日目と起算します。

# 与薬依頼書

(保護者記載用)

西暦 年 月 日

ナーサリー・糞谷	組	児童名	男・女	年 月 日生
				歳 ヶ月
保護者氏名			連絡先・電話	
主治医	病院・医院		電話・FAX	
病名 (または症状)				
薬剤提供書 (薬の説明書)	説明書 あり なし ( 薬袋 ・ ラベル )			
持参した薬は	年 月 日に処方			
園での服用期間	月 日 ~ 月 日			
内服薬の服用方法	食前 分 ・ 食後 分 ・ その他 ( ) 時頃			
外用薬などの使用期限				
その他				

保育園記載	受領者		園長確認印
	受付日	年 月 日	

【確認事項】

1. 保育園での薬の服用について

保育園では、原則として薬の服用ができないことを主治医師に伝えて、できるだけ朝夕、寝る前の服用などの調剤方法を相談する。

2. 「与薬依頼書」の提出

医師から薬を出されるごとに、保護者が作成する。提出後、服用中止の場合は保育園に報告する。

3. 「薬剤情報提供書」(薬の説明書)の添付

医師・薬局からもらった「薬剤情報提供書」を添付する。(写しでも可)

ない場合は、園児氏名と日付、薬品名と用法が記載された薬袋でも可とする。

4. 持参する薬について

- ・ 医師が処方した薬であること。
- ・ 使用する薬は1回分ずつ分けて、当日分のみ持参する。
- ・ 薬や容器には、子どもの氏名を記入する。
- ・ 保育園では薬剤は室温保管とする。
- ・ 長期間にわたる薬については、園長と相談する。

与薬確認票

(クラス)

(児童名)

(保護者氏名)

	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
薬持参者サイン						
受領者サイン						
投与者サイン						
投与立ち合い者サイン						
投与時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
園長確認サイン又は㊟						
保護者確認サイン						

	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
薬持参者サイン						
受領者サイン						
投与者サイン						
投与立ち合い者サイン						
投与時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
園長確認サイン又は㊟						
保護者確認サイン						

	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
薬持参者サイン						
受領者サイン						
投与者サイン						
投与立ち合い者サイン						
投与時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
園長確認サイン又は㊟						
保護者確認サイン						

	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
薬持参者サイン						
受領者サイン						
投与者サイン						
投与立ち合い者サイン						
投与時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
園長確認サイン又は㊟						
保護者確認サイン						

	月 日(月)	月 日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)
薬持参者サイン						
受領者サイン						
投与者サイン						
投与立ち合い者サイン						
投与時間	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分	時 分
園長確認サイン又は㊟						
保護者確認サイン						

薬剤提供書添付

<健康保険証>

こちらに  
健康保険証のコピーを  
貼付してください

<医療証> 有 ・ 無 (どちらかに○印をしてください。)

↓

有の方は下枠内に有効期間内の医療証のコピーを貼付してください。

こちらに  
医療証のコピーを  
貼付してください

# ホームページ等への掲載に関する同意書

ナーサリー糀谷

ナーサリー糀谷では、園児が楽しんでいる姿を保護者の方々のみならず、広く内外に広報することによって、これから保育園の入所を希望している方々、保育園への就職を希望している方々に、園の活動をより理解していただきたいと考えています。そのために、園のホームページに子どもたちのあそびや活動・行事等の生き活きとした写真を掲載したいと考えています。

つきましては、これらの媒体に個人が写っている写真等を掲載する事を事前に承諾いただきたく思います。

趣旨をご理解の上、下記の同意書をご提出してください。

## 記

### 【掲載内容】

- ◆園児のあそびや活動、行事等

※承諾がない場合は、掲載はいたしません。

※承諾後でも、訂正・削除依頼があれば、対応いたします。

## ナーサリー糀谷のホームページ等への掲載に関する同意書

記入日：      年    月    日

上記について掲載することを同意します。

掲載することを同意しません。

※いずれかにチェックしてください。

お子さんの氏名：

保護者の氏名：

印