

令和 年 月 日

文京区長 殿

### 医療機関の受診に関する申出書

〒

申請者（保護者） 住 所 文京区

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞

訪問型病児・病後児保育利用料助成申請に伴い、医療機関を受診し、診断されたことを、下記のとおり申し出ます。

なお、文京区が、審査に当たっての申請内容確認のため、利用した医療機関に照会することに同意いたします。

|                      |  |
|----------------------|--|
| 医療機関の名称              |  |
| 医療機関の所在地             | 〒  |
| 電話番号                 | ( ) -  |
| 診察券番号                |  |
| 対象児童氏名               |  |
| 受診日<br>(複数ある場合は全て記入) | 令和 年 月 日   令和 年 月 日  |
| 病名等                  | 病名：  |
|                      | 以下、該当のある場合は、レ点及び日付を記入してください。<br><input type="checkbox"/> 学校保健安全法施行規則（昭和33年6月13日文部省令第18号）第18条第1項で定める感染症（具体名は裏面参照）に罹患しました（※1）。<br>・ 集団生活に支障がない状態になると医師が認める日（例：登園・出席停止が解除となった日）<br>令和 年 月 日 |
| 特記事項                 |  |

(※1) 学校保健安全法施行規則第18条第1項で定める感染症に罹患し、訪問型病児・病後児保育サービスを利用した場合においては、医療機関での診療により診断が確定した日の前日から、症状が回復し集団生活に支障がない状態になると医師が認める日の前日までの利用が助成対象期間となります。

裏面に続く

(参考) 学校保健安全法施行規則 (昭和 33 年 6 月 13 日文部省令第 18 号)

第 18 条 学校において予防すべき感染症の種類は、次のとおりとする。

- 一 第一種 エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群及び特定鳥インフルエンザ
- 二 第二種 インフルエンザ、百日咳(せき)、麻しん、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎
- 三 第三種 コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症 (※)

(※) その他の感染症とは、溶連菌感染症、マイコプラズマ感染症、手足口病、伝染性紅斑、ウイルス性胃腸炎、ヘルパンギーナ、RSウイルス感染症、带状疱疹しん及び突発性発しんを指します。