

## 神戸市病児保育事業実施要綱

### (目的)

第1条 保護者が就労している場合等において、子どもが病気や病気回復期の際に自宅での保育が困難な場合がある。

こうした保育需要に対応するため、診療所又は病院（以下「診療所等」という。）において病気の児童を一時的に保育することにより、安心して子育てができる環境を整備し、もって児童の福祉の向上を図ることを目的とする。

### (事業の委託)

第2条 市長は、この事業を診療所等に併設する施設を運営する者に委託して行うことができる。

2 前項の委託を受けようとする者（以下「事業実施者」という。）は、あらかじめ神戸市病児保育事業実施協議書（様式第1号）を市長あてに提出し、協議しなければならない。

3 この事業を受託した事業実施者は、この事業を診療所等に併設する施設または診療所等が運営する本事業のための専用施設であって第14条各号の基準を満たし、かつ市長が適当と認めた施設（以下「実施施設」という。）において実施するものとする。

### (対象児童)

第3条 この事業の対象となる児童（以下「対象児童」という。）は、神戸市内に居住している乳児・幼児若しくは小学校に就学している児童、又は市内の保育所（園）、幼稚園、認定こども園、小規模保育事業、事業所内保育事業、家庭的保育事業、小学校に通う児童、又は保護者が市内に在勤する乳児・幼児若しくは小学校に就学している児童であって、かつ、次の各号の一に該当する傷病により、当面症状の急変は認められないが、傷病の回復期に至っていないことから集団保育が困難な児童、もしくは傷病の回復期の場合で、集団保育が困難な児童とする。

- (1) 感冒、消化不良（多症候性下痢）等乳幼児に日常罹患する疾患
- (2) 麻疹、水痘、風疹等の感染性疾患
- (3) 喘息等の慢性疾患
- (4) 骨折、熱傷等の外傷性疾患
- (5) その他事業実施者が必要と判断した疾患

### (利用の要件)

第4条 この事業は、次の各号の一に該当する場合に利用することができる。

- (1) 保護者の勤務の都合、傷病、事故、出産、看護、冠婚葬祭等社会通念上やむを得ないと認められる事由により家庭で育児を行うことが困難なとき。
- (2) 市長が特に必要があると認めたとき。

### (利用期間)

第5条 この事業の利用期間は、傷病により、回復期には至らないが当面の症状の急変が認められない場合、もしくは回復期の場合で、他の児童との集団生活が困

難であり、かつ、保護者が家庭で育児を行うことができない期間の範囲内とし、連続して7日以内を原則とする。ただし、事業実施者が必要と判断したときは、必要最小限度の範囲内で延長することができる。

- 2 事業実施者は、一時預かり開始後において、児童の病状等が変化し実施施設において対応することが著しく困難となった場合、又は第4条の規定に該当していないと認められるときは、一時預かりを終了させることができる。

(開設日及び開設時間)

第6条 この事業の開設日及び開設時間は、原則として神戸市内の保育所(園)等に準じて設定するものとする。ただし、特に市長が認める場合はこの限りではない。

(事前登録)

第7条 この事業の利用を希望する保護者は、神戸市病児保育事業利用登録票(様式第2号)を事業実施者に提出し、登録するものとする。

- 2 市外に在住し、保護者が市内に在勤する乳児・幼児若しくは小学校に就学している児童は、第1項の申請に係る登録票に加えて、市内在勤を証明する書類を提出するものとする。

(申請等)

第8条 登録した保護者は、この事業の利用に際し神戸市病児保育事業利用申請書(様式第3号)と医師連絡票(様式第4号)を事業実施者に提出し、利用の申請を行うものとする。

- 2 事業実施者は、保護者の利用の申請に際し、必要と認める場合は実施施設に併設する診療所等において保護者の児童の診察を行うことができる。
- 3 事業実施者は、第1項の申請に係る可否の決定について速やかに申請者に通知するとともに、市長に申請書の写し及び医師連絡票を各月ごとに送付するものとする。

(対象児童の送迎)

第9条 実施施設への対象児童の送迎は、保護者が行うものとする。

(利用料等)

第10条 利用料は児童1人当たり日額2,000円とし、この事業を利用した保護者は、利用料を事業実施者に支払うものとする。ただし、第11条に基づき利用料の減免を受ける者は、別表1に掲げる減免後の利用料を支払うものとする。

- 2 保護者は、第1項の利用料とは別に、この事業の利用期間中に要する食事代、おやつ代、医療費、医師連絡票作成料、移送費などの経費を事業実施者に支払うものとする。

(利用料の減免)

第11条 市長は、経済的事情その他特別の理由があると認めるときは、別表1のとおりに前条第1号の利用料を減額し、又は免除することができる。

- 2 利用料の減免を受けようとする保護者は、あらかじめ市長に病児保育事業利用料減免申請書（様式第5号）に課税証明書その他減額又は免除を受けようとする理由を証明する書類を添付し、市長に提出しなければならない。

（委託料）

第12条 市長は、実施施設に対し、第13条の報告に基づき、別表2に規定する基本分を、この事業の実施に要する費用として支払うものとする。

- 2 市長は、第13条の報告書に基づき、別表2に規定する加算分、改善分及びおむつ処理費用を第1項の委託料に加算して実施機関に支払うものとする。
- 3 市長は、第13条の報告書に基づき、生活保護世帯、住民税非課税世帯、所得税非課税世帯が利用した場合は利用料減額に相当する額を第1項の委託料に加算して支払うものとする。

（実績報告）

第13条 事業実施者は、神戸市病児保育事業実施報告書（様式第6-1号）及び、神戸市病児保育事業利用状況内訳書（様式第6-2号）、により、各月ごとの利用状況を市長に報告するものとする。

- 2 市長は、必要に応じて事業実施者に対し、事業に関する報告を求めることができる。

（実施施設の設備の基準等）

第14条 実施施設の設備の基準は、次のとおりとする。

- (1) 保育室、観察室又は安静室、調理室及び調乳室、その他事業の実施に必要な設備を有すること。
  - (2) 保育室の面積は、原則として利用定員1人当たり1.98㎡以上とし、1室8.0㎡を下回らないこと。
  - (3) 観察室及び安静室は、乳幼児の静養又は隔離の機能を持つ部屋であって、原則として利用定員1人当たり1.65㎡以上とすること。
  - (4) 専用の調乳室が設けられない場合は、調理室の一部を調乳場として区画すること。
  - (5) その他病児保育事業の実施に必要な施設を有すること。
- 2 利用定員は、原則として4名以上とする。
  - 3 職員の配置は、病児の看護を担当する看護師等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）を概ね利用児童10名に対し1名以上を配置するとともに、保育士を概ね利用児童3名に対し1名以上配置することとし、常駐を原則とする。ただし、利用児童が見込まれる場合に併設医療機関から保育士及び看護師等が駆けつける等の迅速な対応が可能であれば、以下のとおり常駐を要件としない。
    - (1) 利用児童がいる時間帯の場合  
ア～エの要件を満たし、利用児童の安心・安全を確保できる体制を整えている場合には、看護師等の常駐を要件としない。  
ア 病気からの回復過程を遅らせたり、二次感染を生じたりすることがないよう、利用児童の病状等を定期的に確認・把握した上で、適切な関りとケアを

行うこと。

イ 病児保育室と看護師等が病児保育以外の業務に従事している場所とが近接していること。

ウ 看護師等が病児保育以外の業務に従事している場合においても、緊急の場合には病児保育室に速やかに駆けつけることができる職員体制が確保されていること。

エ 看護師等が常駐しない場合であっても、保育士等を複数配置することにより、常に複数人による保育体制を確保していること。

(2) 利用児童がいない時間帯の場合

利用児童が発生した場合に、連絡を受けた保育士及び看護師等が速やかに出勤し、業務に従事するなど、柔軟な対応が可能となる職員体制が確保されていれば、利用児童がいない場合は保育士及び看護師等の常駐を要件としない。

(委任)

第 15 条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、こども家庭局長が定める。

附 則

この要綱は平成 15 年 2 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 16 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 17 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 17 年 12 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 18 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 20 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 21 年 4 月 1 日より施行する。

ただし、改正後の第 8 条、第 10 条及び第 11 条の改正部分については、平成 21 年 7 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 22 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 23 年 3 月 28 日より施行する。

ただし、改正後の別表 2 については、平成 23 年 3 月 28 日以後の契約について適用し、同日前の契約については、従前の例によるものとする。

附 則

この要綱は平成 23 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 26 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 27 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 28 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 29 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 30 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は平成 31 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は令和元年 10 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は令和 2 年 9 月 23 日より施行し、令和 2 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は令和 3 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は令和 4 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は令和 5 年 4 月 1 日より施行する。

附 則

この要綱は令和 6 年 3 月 29 日より施行し、令和 5 年 4 月 1 日から適用する。

別表 1

世帯区分	減免後の利用料(日額)
生活保護法による被保護世帯 市民税非課税世帯 里親	1名につき 0円
所得税非課税世帯	1名につき 1,000円

- ※ 1 生活保護法による被保護世帯とは、この事業を利用した日におけるその該当の有無をいうものとする
- ※ 2 市民税非課税世帯とは、この事業を利用した日の前年の所得に対するその該当の有無をいうものとする。ただし、1月から5月までの利用については前々年の所得に対するものとする
- ※ 3 所得税非課税世帯とは、この事業を利用した日の前年の所得に対するその該当の有無をいう
- ※ 4 市外在住市内在勤世帯は、被保護世帯や非課税世帯の減免対象とならないこととする
- ※ 5 里親とは、里親に委託されている児童がこの事業を利用する場合をいうものとする。

別表 2

基本分	加算分		改善分	おむつ 処理費用	
年額	年間延べ利用人数		当日キャンセル 対応 年額	年額	利用定員
4,503 千 円	A 区分 50 人以上 100 人未満 1,000 千円	延利用人員 1 名につ き 3,500 円	(1) 25 回以上 50 回未満 247,900 円 (2) 50 回以上 100 回未満 502,500 円	2,538 千円 (利用の 少ない日 において、 地域の保 育所等へ の情報提 供や巡回 支援等を 実施した 場合)	対象児童 数×300 円 ×対象月 数
	B 区分 100 人以上 150 人未満 1,500 千円				
	C 区分 150 人以上 200 人未満 2,000 千円	生活保護 法による 被保護世 帯、市民 税非課税 世帯、里 親 延べ利用 人員 1 名 につき 2,000 円	(3) 100 回以 上 150 回未満 670,000 円 (4) 150 回以 上 1,005,000 円		
	D 区分 200 人以上 300 人未満 3,000 千円				
	E 区分 300 人以上 400 人未満 4,000 千円				
	F 区分 400 人以上 500 人未満 5,000 千円	所得税非 課税世帯 延べ利用 人員 1 名 につき 1,000 円			
	G 区分 500 人以上 600 人未満 6,000 千円				
	H 区分 600 人以上 700 人未満 7,000 千円				
	I 区分 700 人以上 800 人未満 8,000 千円				
	J 区分 800 人以上 900 人未満 9,000 千円				
	K 区分 900 人以上 1000 人未満 10,000 千円				
	L 区分 1000 人以上 1100 人未満 11,000 千円				

M区分 1100人以上 1200人未満 12,000千円				
N区分 1200人以上 1300人未満 13,000千円				
O区分 1300人以上 1400人未満 14,000千円				
P区分 1400人以上 1500人未満 15,000千円				
Q区分 1500人以上 1600人未満 16,000千円				
R区分 1600人以上 1700人未満 17,000千円				
S区分 1700人以上 1800人未満 18,000千円				
T区分 1800人以上 1900人未満 19,000千円				
U区分 1900人以上 2000人未満 20,000千円				
V区分 2000人以上 2200人未満 20,900千円				
W区分 2200人以上 2400人未満 22,800千円				
X区分 2400人以上 2600人未満 24,700千円				
Y区分 2600人以上 2800人未満 26,600千円				
Z区分 2800人以上 3000人未満 28,500千円				

※3,000人以上の場合は別途協議

- ※ 1 事業期間が1年未満の場合
  - 基本分（年額）4,503千円×事業月数／12
  - 改善分（年額）2,538千円×事業月数／12
- ※ 2 1ヶ月未満の事業実施期間がある場合
  - 基本分（年額）4,503千円／12×当該月の開所日数／25
  - 改善分（年額）2,538千円／12×当該月の開所日数／25
- ※ 3 委託料に小数点以下の端数が生じた場合、小数点第1位以下は切り捨てる
- ※ 4 おむつ処理費用の対象児童数は、年度の初日（年度途中に新規開設する場合は開設日）時点の利用定員に0.6を乗じた人数（小数点第1位を四捨五入）とする
- ※ 5 おむつ処理費用の対象月について、利用者が0の月は対象外とする。

神戸市病児保育事業実施協議書

令和 年 月 日

神戸市長 宛

所在地  
施設名  
申請者名

施設名	TEL ( )			
所在地			利用定員	人
実施施設別	病院 ・ 診療所			
設置主体			経営主体	
開設日数	年間	日	開設時間	
処遇職員	氏名	職種	勤務形態	備考
			常勤・非常勤	
設備の状況	部屋名	面積	専用・共用	備考
		m <sup>2</sup>	専用・共用	
		m <sup>2</sup>	専用・共用	
		m <sup>2</sup>	専用・共用	
		m <sup>2</sup>	専用・共用	
		m <sup>2</sup>	専用・共用	
		m <sup>2</sup>	専用・共用	
		m <sup>2</sup>	専用・共用	
登録見込児童数	名( )		管下保育所	か所 人
利用見込延児童数	名( )		うち利用対象保育所	か所
協力医療機関名			管下幼稚園	か所 人
備考	・開設年月日 令和 年 月 日			
	・利用料等			

(注) 本表は施設ごとに作成のこと

新規協議の場合は、配置図を添付するとともに、医療機関以外で実施する場合は、協力医療機関との連携について記載すること。

継続協議の場合は、登録見込児童数、利用見込延児童数欄の( )に前年度の実績(見込)を記載すること

様式第2号(第7条関係)

神戸市病児保育事業 利用登録票

令和 年 月 日 記入

記入者名 \_\_\_\_\_

※印の欄(住所・家族の状況)は、予約システムに入力した場合、省略できます。

フリガナ 氏名		男女	愛称	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
※ 住所	〒				TEL
家庭医名	TEL		保育所等名	TEL	
※ 家族 の 状況	父・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL	
	母・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL	
	兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)	歳(男・女)
緊急時の連絡先	氏名		TEL	(対象児との続柄)	
周産期	・妊娠中の異常 なし・あり ( ) ・出生時体重 g ・出産は(予定どおり・ 日早かった・遅かった) (在胎 週) ・出産時の異常 なし・あり( )				
乳児期の 発達	・首のすわり ( カ月) ・おすわり ( カ月) ・一人歩き ( カ月) ・発達の遅れ(疑いあり・なし) ・栄養法 (母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期 (前期 : カ月) (中期 : カ月) (後期 : カ月) (幼児食 : 歳 カ月) ・初語(意味のある言葉) ( 歳 カ月)				
予防 接種	BCG	未・済			
	MR(麻しん・風しん)	未・1期済・2期済			
	ポリオ(口生ワク □不活化) ※四種混合接種者は記入不要	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	□三種 □四種 混合	未・1期1回目済・2回目済・3回目済・追加			
	日本脳炎	未・1期1回目済・2回目済・追加済			
	ヒブワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済			
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・1回目済・2回目済			
	水痘	未・1回目済・2回目済			
B型肝炎(HB)	未・済				
その他	( )				
既往 歴	・麻しん(はしか) ・水痘(水ぼうそう) ・風しん ・百日咳 ・てんかん ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・結核 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ( )				
食事	嫌いな食べ物 ( ) アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。				
その他	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)				

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

病児保育実施施設長 様

申請者氏名  
(対象児童との続柄: )

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

※印の欄(保護者氏名・勤務先)は、予約システムに入力した場合、省略できます。

利用施設名			
フリガナ			
対象児童氏名	生年月日	年	月 日 ( 歳 ヶ月)
フリガナ			
※保護者氏名	※勤務先	☎	
病名			
家庭で育児できない理由	勤務・冠婚葬祭・出産・病気・その他( )		
利用予定期間	令和 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 日間		
児童の健康状態及び注意事項			
○食事について(食事制限の有無)			
○その他(体質、くせ又は障害など心配なこと、配慮してほしいこと)			
療育手帳 <input type="checkbox"/> 有 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有 すこやか保育 <input type="checkbox"/> 対象			
利用料の減免について			
私は次の世帯に該当するため、利用料の減免を申請します。			
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯			
<input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯			
<input type="checkbox"/> 里親			
※該当する場合には、本申請書の他に「様式第5号 利用料減免申請書」に必要な書類を添付して提出してください。			
特定子ども・子育て支援提供証明書及び領収証(幼児教育・保育の無償化関係)の発行について			
① <input type="checkbox"/> 要 ( <input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号 ) <input type="checkbox"/> 不要			
※発行が必要な場合は認定種別の該当する□にレを記入してください。			
②要の場合は、認定保護者の氏名及び続柄を記入してください。			
フリガナ			
氏名:		認定子どもとの続柄:	
(実施施設記入欄)			
神戸市病児保育事業の利用を 1 許可する 2 許可しない			
※不許可の場合は理由を記入してください。			
施設名			
施設長名			

## 神戸市病児保育 医師連絡票

神戸市長 宛

医療機関 所在地  
名称  
医師氏名  
電話番号

病児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します

児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日( 歳 ヶ月)	
住 所	〒		電話番号	
病 名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 (主な症状など)	
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		迅速検査の実施状況	
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育			
食 事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容 )			
そ の 他 注 意 事 項	その他配慮すべき事柄があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)			
処方内容				

※神戸市宛に情報提供した場合に診療情報提供料(Ⅰ)を算定することができる(250点)  
患者一人につき月1回に限り算定する。

## 神戸市病児保育事業 利用料減免(減免取消)申請書

令和 年 月 日

神戸市長宛

申込者 (保護者) フガナ 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり、利用料の減免（減免取消）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象児童	フガナ氏名	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	フガナ氏名		年 月 日		男・女
	フガナ氏名		年 月 日		男・女
申請理由 (いずれかに○をつけてください。)		添付資料		減免後の金額	
1	生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書	全額免除（0円）		
2	市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 前年分の市民税非課税証明書(写でも可)	全額免除（0円）		
3	所得税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 所得税非課税を証明するもの (源泉徴収票、確定申告書などの写) <input type="checkbox"/> 利用年度の放課後児童クラブ利用料減免 決定通知書(写)	半額免除（1,000円）		
4	里親	<input type="checkbox"/> 里親であることを証明するもの (里親委託証明書など)	全額免除（0円）		
5	減免の取消しを申請します。				

(注) 減免の事項に該当しなくなった場合は、速やかに届け出てください。

◎ この情報は、病児保育事業以外の目的には使用しません。

神戸市長 宛

施設名  
施設長名

神戸市病児保育事業について下記のとおり報告します。

記

令和 年度神戸市病児保育事業実施報告書

- 1 報告対象月 令和 年 月
- 2 開設日数 日 ※利用者がいなかった場合も含む
- 3 登録者数(延べ) 人
- 4 利用状況

	生活保護世帯(A)		市民税非課税世帯(B)		所得税非課税世帯(C)		その他の世帯(D)		市内在勤世帯(E)		合 計	
	実人数 (人)	延人数 (人)	実人数 (人)	延人数 (人)	実人数 (人)	延人数 (人)	実人数 (人)	延人数 (人)	実人数 (人)	延人数 (人)	実人数 (人)	延人数 (人)
前月分 累計												
当月分												
合 計												

※「実人数」については、医師連絡票の発行枚数とする(同一児童が異なる病気で利用した際は2名とカウントする。)

※里親の場合は、上表「その他の世帯(D)」に人数を合わせて記入し、下枠に適用者の内訳を記載する。

里親:延べ\_\_\_\_\_人(氏名: \_\_\_\_\_ /利用日: \_\_\_\_\_)

5 当日キャンセル対応件数 当月\_\_\_\_\_回 年度累計\_\_\_\_\_回

6 添付資料 神戸市病児保育事業 利用状況内訳(様式第6-2号)  
病児保育事業利用申請書(様式第3号)の写し、医師連絡票

