

川崎市ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要領

(愛称エンゼルパートナー事業)

(趣旨)

第1条 この要領は、川崎市ひとり親家庭等日常生活支援事業実施要綱（以下「要綱」という。）第17条の規定に基づき、川崎市ひとり親家庭等日常生活支援事業の実施について、必要な事項を定めるものとする。

(家庭生活支援員・子育て支援養成研修)

第2条 事業受託団体は、要綱第9条第1項第2号の規定に基づき年1回以上の研修を行い、家庭生活支援員（以下「支援員」という。）の養成に努めることとする。

2 前項の研修を修了した者には、修了証書（第1号様式）を交付する。

(支援員の活動手引き)

第3条 事業受託団体は、要綱第9条第1項の規定に基づく支援員の登録手続き後、支援員に別に定める活動の手引きを配布し、支援事業の内容について十分に説明を行うものとする。

(利用者への説明)

第4条 事業受託団体は、要綱第11条の規定に基づく当該事業の利用を希望する者の登録手続き後、川崎市ひとり親家庭等日常生活支援事業・派遣等対象家庭名簿（要綱第5号様式）に登録した者（以下「利用者」という。）に別に定める利用の手続き及び利用の案内を配布し、当該事業の利用に関わる説明を十分に行うものとする。

(児童が病時の場合における子育て支援の実施要件)

第5条 支援員の派遣を必要とする利用者の病時の病児（以下「病児」という。）において子育て支援を行う場合については、病児が、学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校（幼稚園、大学及び高等専門学校を除く。）に就学している場合で、かつ、次の各号に定める要件のいずれも満たす場合に、実施するものとする。

- (1) 医師の診断を受けていること。
- (2) 強い感染性をもたないこと。
- (3) 原則として、支援依頼時に症状が急性期を過ぎ、落ちついていること。
- (4) 支援員が看護できる程度の病状であること。
- (5) 病児自身が投薬できること。
- (6) 緊急時に利用者に対応できること。
- (7) 支援依頼時に川崎市ひとり親家庭等日常生活支援事業病児子育て支援依頼票（第2号様式）を利用者が提出すること。

2 事業受託団体は、前項各号の要件のいずれも満たしている場合でも、病児の状況確認の結果、適当でないと判断される場合には、子育て支援を実施しないことができる。

3 事業受託団体は、前条の規定に基づく利用者への説明の際、あらかじめ別に定める病児の子育て支援の案内を利用者に配布し、病児の子育て支援に当たっては、利用者との緊密な連絡・調整が必要であることを留意して、当該説明を十分に行うものとする。

（休日及び年末・年始の対応）

第6条 休日及び年末・年始における支援員の派遣については、当該休日等が事業受託団体事務局の営業日である場合に限り、実施するものとする。

(その他)

第7条 この要領に定めるもののほか必要な事項は、事業受託団体が川崎市と協議して定める。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年12月1日から適用する。

第 号

修了証書

様

あなたは、平成 年度において実施した、川崎市ひとり親家庭等日常生活支援事業の家庭生活支援員・子育て支援養成研修の所定の課程を修了したことを証します。

平成 年 月 日

川崎市長

川崎市ひとり親家庭等日常生活支援事業病児子育て支援依頼票

病児子育て支援について、下記のとおり相違なく届け出ます。

※お子さんの体調が悪くなった場合は、連絡をさせていただきますので、速やかにお迎えをお願いいたします。

利用者氏名					依頼日	年 月 日	
子どもの名前					子どもの年齢		
緊急連絡先	【携帯Tel】			【職場Tel】			
受診先病院	【病院名】				【受診日】		
	【住所】				【Tel】		

★子どもの状況について

医師の診断							
現在の体温	℃		〔平熱 °C〕				
現在の身長・体重	cm		kg				
現在の症状	【頭痛】	有・無	【腹痛】	有・無	【吐き気】	有・無	
	【下痢】	有・無	【せき】	有・無	【食欲】	有・無	
	【その他】						
医師の指示							
利用者からの注意事項							

裏面へ

★以前にかかった病気など

既往歴			予防接種	
●突発性発疹	有・無	()歳 ()ヶ月	●BCG	有・無
●百日咳	有・無	()歳 ()ヶ月	●三種混合 または 二種混合	1回目 有・無
●麻疹(はしか)	有・無	()歳 ()ヶ月		2回目 有・無
●風疹	有・無	()歳 ()ヶ月		3回目 有・無
●おたふくかぜ	有・無	()歳 ()ヶ月		追加 有・無
●水痘(みずぼうそう)	有・無	()歳 ()ヶ月	●麻疹(はしか)	有・無
●伝染性紅斑(りんご病)	有・無	()歳 ()ヶ月	●風疹	有・無
●手足口病	有・無	()歳 ()ヶ月	●おたふくかぜ	有・無
			●水痘(みずぼうそう)	有・無
熱性けいれん	有・無	備考		
喘息	有・無	備考		
アレルギー	有・無	※有の場合 【対象食品など・その他注意事項】		
その他				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> その他注意すべきものについてご記入ください。 </div>				

★投薬について

※児童自身で投薬する場合があります。
 ※薬局が発行した「薬の使い方」などの写しを添付してください

有・無	薬品名	①	②	③
投薬方法	※1日何回か、食前・食後などを御記入ください。			
投薬時の注意事項				