

病児保育利用申込書

令和 年 月 日

施設長 様

病児保育の利用について、次のとおり申し込みます。

保護者《署名》

住 所

氏 名

ふりがな 児 童 氏 名		男 ・ 女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)
利用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)			
緊急連絡先	(※確実に連絡がとれる電話番号)			
かかりつけ医	医療機関名	医師名		
傷 病 名				
初 診 日	令和 年 月 日			
薬 の 服 用	あり・なし (薬剤名)			
家庭での保育 が困難な理由	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他()			
<h2>同 意 書</h2>				
病児保育の利用に際して、下記の項目に同意します。				
1. 利用にあたっては利用案内を十分理解し、市及び施設職員の指示を遵守すること。				
2. かかりつけ医から与薬について連絡があった場合は、施設職員が児童に与薬すること。 なお、与薬により損害が生じた場合は、市及び実施施設を一切免責すること。				
3. 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、診療及び処置が行われること。また、保護者に連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。 なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。				
4. 保育の継続が困難と実施施設で判断したときは、一旦受け入れた後でも保育できない場合があること。				
保護者氏名				

※ 実施施設記入欄

受 入 日	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日間)			
利用料 (※) 日単位で先払い	<input type="checkbox"/> 市内在住 (無料)			
	<input type="checkbox"/> 市外在住 (一日4,000円・半日2,000円《保育時間が5時間未満》)			
	※ 4,000円 × ____日 = _____円		合計 _____円	
※ 2,000円 × ____日 = _____円				