

病児病後児保育利用申請書

平成 年 月 日

有田市長 様

保護者住所

氏名

印

電話

病児病後児保育の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名	(男・女)	生年月日	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)
緊急連絡先	氏名	続柄	父・母・その他()
		電話	
	氏名	続柄	父・母・その他()
		電話	
利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)		
利用時間	(午前・午後) 時 分 ~ (午前・午後) 時 分		
かかりつけ医	医療機関名	医師名	
通所園名			
病気の経過	病名()		
	薬の服用 あり・なし		
	いつから通院していますか (平成 年 月 日から)		
家庭での保育が困難な理由	(1) 勤務 (2) 疾病 (3) 事故 (4) 出産 (5) 冠婚葬祭 (6) その他 ()		

同意書

病児病後児保育の利用に際して、下記の項目に同意します。

- 1 利用中は、市及び施設職員の指示を守ること。
- 2 かかりつけ医から与薬について連絡があった場合には、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とすること。
- 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うえで、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、その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 4 利用申請において市が知り得た情報は、病児病後児保育事業の範囲内において病児病後児保育事業実施施設に提出されること。また、必要に応じて医療機関に提出される場合があること。

有田市長 様

保護者氏名

印

