

様

申請者 住所
 (保護者) 氏名 ㊟
 (児童との続柄:)

病児保育事業利用申請書

次のとおり病児保育事業を利用したいので、別紙主治医の診療情報提供書(利用連絡票)を添付の上、申請します。

児童	住所				性別	男・女
	氏名		生年月日	年 月 日生 (歳 ヶ月)		
利用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
現在通う小学校・園名						
利用施設				事業類型	病児・病後児	
緊急連絡先	順位	続柄	氏名	勤務先等名称	勤務先等電話番号	携帯電話番号
	1					
	2					
	3					
利用の理由	1 勤務の都合 2 疾病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校行事等の公的行事 9 その他 ()					
児童に対する留意点	児童に対して心配ごと、配慮してほしいことがあれば記入して下さい。 1 食事の状況(離乳食の状況、食事制限、アレルギーのための食事制限等) 2 体質やくせ等(薬物アレルギー・既往歴(熱性けいれんや喘息等))					
世帯状況 (該当する番号に○をしてください。)	1 生活保護世帯、非課税世帯 2 その他の世帯 ※1に該当する世帯は、右記同意欄にご記入ください。 ※広域利用協定締結をしていない市町に住所を有する世帯は、年度初回利用時に課税証明書等を添付してください。			那須烏山市病児保育事業の利用にあたり、利用料確認のため、私の世帯の課税状況等について調査することに同意します。 令和 年 月 日 住所 保護者氏名 ㊟		
記入上の注意	1 利用期間は原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2 利用の理由は該当するところに○を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。 3 緊急連絡先は、施設及び市役所が保護者と連絡を取れる電話番号をご記入ください。					
※認定欄(記入不要) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯						

同 意 書

私は、病児保育事業を利用するにあたり、下記の事項について同意します。

1. 保育中に病状に変化があったときの対応について

- 保育中に病状が急変する等、緊急を要する事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。
- 保育中に病状の再発の理由により、保育の継続ができない状況と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養をさせるために迎えにくること。

2. 保育中の病状の急変に対し実施される医療行為を了承すること。

令和 年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____ (印)

児 童 名 _____