

病児保育事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

長様

長様 (住民登録が他の市町の場合に記入)

保護者 住所

氏名

連絡先

(緊急連絡先)

次のとおり病児保育事業の利用を申請します。利用にあたって以下の事項に同意します。(☑してください)

- ☐ 利用児童及び保護者の住民登録がある市町において、世帯状況、生活保護受給、市町村民税、児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費助成、施設等利用給付認定などの情報を利用料算定のために調査し、実施施設と共有すること。
☐ 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得てから併設病院等で治療を行うが、連絡がつかなかった場合でも治療を行うこと。

補助の区分
ふりがな
利用児童氏名
在籍施設名
現在の病状
既往歴・アレルギー
予防接種状況
利用希望日
看護できない理由
同居家族の情報

医師連絡票

病児保育事業実施施設/併設病院 様

年 月 日

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

病名
安静度
投薬および指示事項
受け入れの可否
医療機関名・(医師名)署名

※事務処理欄 【実施施設名: 金津産婦人科クリニック病児病後児保育室】

Table with columns for utilization date, personal burden, utilization days, and total amount.