

病児保育事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

坂井市長 様

長様 (住民登録が他の市町の場合に記入)

記入者 住所 坂井市

氏名

緊急連絡先

4月以降の利用 あり なし わからない

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、住民税、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 (該当あれば☑)
ふりがな
利用児童氏名 (第 子)
通園・通学先
利用希望日時
現在の病状
アレルギー
利用児童の今の状態
その他

医師連絡票

病児保育事業実施施設 / 併設病院 様
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
医療機関名及び医師署名

*実施機関記入欄 【実施施設名: 三国病院 病児・病後児保育施設】

Table with columns for Utilization Date, Medical Status, Personal Burden, and Utilization Days. Includes checkboxes for various conditions and a calculation for total cost.