

聖籠町病児・病後児保育事業利用申請書

申請日 年 月 日

聖籠町長 様

（保護者）氏名

聖籠町病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		年 月 日生 男・女		
住所		電話番号		
所属校・園				
児童の 健康状態	運動障害（有・無） 言語障害（有・無） 情緒障害（有・無）	特記事項 ()		
熱性けいれん（有（今まで 回くらい 直近で 年 月頃）・無）				
かかりつけの医師（有（医院名 ）・無）				
緊急時 連絡先	連絡 順位	氏 名（児童との続柄）	勤務先等名称	電話番号
		()		
		()		
利用希望期間		年 月 日から 年 月 日まで		
保 育 の 留 意 事 項				

承 諾	No.	—
	期間	月 日～ 月 日

(裏)

※済ませた予防接種を○で囲んでください。

B C G、五種混合、日本脳炎、MR（麻しん・風疹混合）、おたふく、水痘、インフルエンザ、ロタウイルス、小児用肺炎球菌
その他（)

※かかった病気を○で囲んでください。

結核、破傷風、ジフテリア、百日咳、日本脳炎、はしか、風疹、おたふくかぜ、水痘、溶連菌感染症、手足口病、ヘルパンギーナ、インフルエンザ
その他（)

同 意 内 容

- 1 利用中は町及び施設職員の指示を守ること。
- 2 利用時間を厳守すること。
- 3 医療、食事及び精神面での心身に影響のある個人情報を実施施設に提供すること。また町から申請情報を、事業に必要な範囲において実施施設に提供すること。
- 4 実施施設は、細心の注意を払って事業を実施しますが、保育室内で児童同士の感染が起こった場合は、町及び実施施設は責任を負わないこと。
- 5 児童の症状が急激に悪化した場合には、保護者が引き取ること。なお、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、治療、処置が行われること又は保護者と連絡がとれない場合でもこれらが行われることがあること。また、その際発生する医療費・車賃等は、保護者が負担すること。
- 6 万一の事故については、町及び実施施設の行う調査に全面的に協力し、解決の方法として用いる施設の加入する保険をもって全ての解決を行うこと。

私は病児・病後児保育事業の利用に当たり、上記全ての項目に同意します。万一、これらに反する場合は利用を中止されても異議は申し立てません。

保護者氏名（自署）
