

益城町病児・病後児保育事業 登録・変更 申請書

平成 年 月 日

益城町長 様

※ 保護者欄は「子ども医療費受給者氏名」をご記入ください

(保護者) 住所

氏名 印

電話

下記のとおり、益城町病児・病後児保育事業の 登録・変更 を申請します。

ふりがな 児童氏名	(男・女)		生年 月日	年 月 日 (歳 か月)	子ども医療費受給者番号
世帯状況 (同居者全員 をお書き ください。)	氏名	続柄	勤務先		緊急連絡先
			(電話:)		
			(電話:)		
			(電話:)		
			(電話:)		
			(電話:)		
			(電話:)		
その他	※既往歴・食物アレルギーなどあれば記入してください。				

同意事項

益城町長 様

私は、益城町病児・病後児保育事業を利用するにあたり、次の内容について同意します。

- 利用の際は、事前に医療機関（かかりつけ医を含む）を受診し、利用申請書及び病状連絡票を提出すること。また、医療機関を受診した後、利用当日に症状悪化により、利用できない場合があること。
- 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、実施施設からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。
- 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関に搬送を行い、受診・治療・処置（与薬の指示の対応を含む）が行われること。また、保護者に連絡が取れない場合でも、これらが行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 児童の保育にあたっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず実施施設内で児童の相互感染が起こった場合は、当該実施施設は責任を負わないこと。
- 実施施設から指示された預かり時間は厳守すること。
- 万一の事故については、実施施設において加入する保険をもって全ての解決を行うこと。
- 登録及び利用申請において益城町が知り得た情報は、益城町病児・病後児保育事業の範囲内において、実施施設に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

(必ず申請者本人が署名してください)

※上記項目を確認し、各項目の「□」に「✓(チェック)」した上で、署名してください。

	登録	名簿	施設
確認欄			
確認日	/	/	/