

多古町病児保育施設利用申込書

年 月 日

多古町長

様

申請者 住所

氏名

電話 (自宅)

(携帯)

多古町病児保育施設を利用したいので、裏面の「病児保育事業の利用について」の記載事項について理解・同意のうえ、多古町病児保育施設の設置及び管理に関する条例施行規則第5条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

(ふりがな)		年 月 日生
児童氏名		( 歳 カ月)
利用を希望する理由 1 就労      2 傷病      3 事故      4 出産      5 介護又は看護 6 冠婚葬祭   7 その他 ( )		
利用希望日時	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで 午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで	
緊急連絡先	氏 名 : (続柄 : ) 連絡先の名称 : 電 話 番 号 : ( )	
与薬依頼	有 (内服薬・坐薬・点眼薬・点鼻薬・点耳薬・塗布薬) ※ 多古病児保育所での与薬を希望する場合は「有」に○をしてください。 無	

同 意 書

利用料決定のため、私及び同一世帯に属するの者の住民登録の状況、町民税の課税状況及び生活保護受給状況に係る公簿を閲覧することに同意します。  
また、病児保育の利用に必要な情報を、国保多古中央病院に提供することに同意します。

保護者氏名



(記名押印に代えて署名することができます。)

公簿等により課税状況が確認できない場合には、証明する書類の提出をお願いします。

事務記載欄 (記載不要)

4月～8月利用 (前年度課税)	一般	免除	町外
--------------------	----	----	----

9月～3月利用 (本年度課税)	一般	免除	町外
--------------------	----	----	----

## 病児保育事業の利用について

- 1 施設利用中に児童の病状等が悪化し緊急を要するときは、保護者の了解を得ないまま医療機関を受診し、治療が行われることがあります。なお、その際発生する医療費等は、保護者に利用料とは別に負担していただきます。
- 2 細心の注意を払い事業を実施するものの、やむを得ず病児保育施設内で児童同士の感染が起こる可能性があり、当該感染について、町及び国保多古中央病院は責任を負いません。
- 3 病児保育施設の保育時間その他指示事項を守れない場合、利用を制限することがあります。