

第1号様式（第9条関係）

病後児保育事業利用申請書兼同意書

年 月 日

（宛先）

秦野市長

申請者 住 所 .....

氏 名 .....

連絡先（携帯電話）.....

（自 宅）.....

次のとおり、病後児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな		性別	生 年 月 日
児童氏名		男・女	年 月 日・ 歳 月
通園施設等 該当する番号を○で 囲んでください。	1 こども園	施設名	— —
	2 保育園		
	3 幼稚園	電話番 号	
	4 小学校		
	5 家庭内保育		
かかりつけの 医療機関	医療機関名：..... 担当医師：..... 所在地：..... 電話番号：.....		
緊急連絡先 （確実に連絡 がとれるところ）	【第1連絡先】		
	氏 名：.....（児童との続柄 ）		
	勤務先名：.....電話：.....		
	【第2連絡先】		
氏 名：.....（児童との続柄 ）			
勤務先名：.....電話：.....			
利用理由 （保護者の状況）	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
利用期間・時間	月 日（ ）～ 月 日（ ）（実質 日間）		
	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分		
お迎えに来る人	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他（氏名： 続柄： ）		

裏面に続く

病気の経過	病名（ ） いつから通院していますか（ 月 日から）
現在の主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> ぜん鳴 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他主要症状（ ）
投薬希望 (処方薬に限る)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬の名前： ） <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 又は 時頃 ※ 薬剤情報提供書等を添付してください。
現在の食事について	<input type="checkbox"/> 母乳（ 回/日） <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合（1回.....cc×.....回/日） <input type="checkbox"/> 離乳食（ <input type="checkbox"/> ごっくん <input type="checkbox"/> もぐもぐ <input type="checkbox"/> かみかみ） <input type="checkbox"/> 幼児食（ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟） 配慮が必要なこと（ ）
利用料の免除	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 前年度市町村民税非課税世帯

- 1 秦野市病後児保育事業実施要綱に掲げる対象児童、対象疾患等であっても、児童の健康状態等の理由により受入れができない場合があること。
  - 2 利用中は、秦野市及び施設職員の指示を守ること。
  - 3 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、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。  
また、保護者との連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。  
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
  - 4 利用申請等において知り得た情報は、病後児保育事業の範囲内において利用されること。  
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。
  - 5 児童が施設を利用した際、病後児保育事業医師連絡票を記入した医療機関と実施施設職員との間で、児童の病状や在所中の様子等について情報交換する場合があること。
  - 6 利用料の減免を受ける場合、秦野市職員がその算定に関する調査を行うこと。
- 病後児保育事業の利用に当たり、上記の各項目に同意します。

申請者(保護者) 氏名 ..... ⑩

(必ず申請者本人が署名してください。)