

藤沢市病児・病後児保育事業利用申込・申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

〔事業実施者：
実施施設：〕

申請者
(保護者) 住 所 _____
氏 名 _____ (続柄 _____)
電話番号 (自 宅) _____
(携 帯 電 話) _____

藤沢市病児保育事業実施要綱第22条第3項の規定に基づき、次のとおり、病児保育事業の利用を申し込みます。

登 録 児 童	フリガナ		性 別	生年月日	年 月 日
	氏 名		男・女	年 齢	歳 カ月
通常利用施設	施 設 名	(電話番号 _____)			
利 用 開 始 希 望 日 等	年 月 日 ()		午前 _____ 時 _____ 分	午後 _____ 時 _____ 分	午後 _____ 時 _____ 分
利 用 事 由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	※就労(学)の 場合は記入	保護者①		保護者②	
		(名称)		(名称)	
		(住所)		(住所)	
		(通勤等時間) 片道 _____ 分		(通勤等時間) 片道 _____ 分	
(交通手段)		(交通手段)			
緊 急 連 絡 先 (保護者連絡先)	1 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)	
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)	
	2 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)	
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)	
	3 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)	
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)	
主 治 医 (かかりつけ医)	医療機関名	(電話番号 _____)			
	担 当 医 師				
アレルギ- の 有 無	アレルギ-の項目 (_____) 無 ・ 有 ※食事制限がある場合、その程度 (_____) ※抗アレルギー薬の使用 (無 ・ 有)				
児童の容体が 変化した場合	01 保護者が主治医に連れて行く	03 その他		(_____)	
02 実施施設が指定する医療機関で受診する					
注 意 事 項					

【利用に係る同意事項】

私は、病児・病後児保育の利用にあたり、次の事項に同意します。

- 1 利用開始後に児童の容体が急変した場合は、保護者(申請者)が連絡に従い、来所すること。
- 2 児童の容体が急激に悪化した場合は、医師が必要と判断した検査、処置、治療等(医療機関の受診、入院加療を含む。)が行われること。
- 3 事前に保護者と連絡が取れない場合であっても、治療を優先し、治療内容がやむを得ず事後報告になる場合があること。

(申請者署名) _____