

病児保育事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

坂井市長 様

福井市 長様 (住民登録が他の市町の場合に記入)

記入者 住 所 福井市

氏 名

緊急連絡先

4月以降の利用 あり なし わからない

次のとおり病児保育事業の利用を申請します。利用にあたって以下の事項に同意します。(☑してください)

- 利用児童及び保護者の住民登録がある市町において、世帯状況、生活保護受給、住民税、児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費助成、施設等利用給付認定、などの情報を利用料算定のために調査し、実施施設と共有すること。
 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得てから併設病院等で治療を行うが、連絡がつかなかった場合でも治療を行うこと。

Form with fields: 補助の区分, ふりがな, 利用児童氏名, 通園・通学先, 利用希望日時, 現在の病状, アレルギー, 利用児童の今の状態, その他

医師連絡票

病児保育事業実施施設 / 併設病院 様 年 月 日
病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

Form with fields: 病名, 安静度, 投薬および指示事項, 受け入れの可否, 医療機関名及び医師署名

*実施機関記入欄【実施施設名: すくすくハウス】

Table with columns: 利用日 (原則、同じ疾患のみ), 病児, 病後児, 利用料区分, 個人負担金①, 利用日数②, 合計 ①×②