**羽咋市病児保育施設利用申請書**

年　　　月　　　日

羽咋市長

保護者　住所

氏名

電話　自宅

携帯

羽咋市病児保育事業の利用について、同意事項を承諾の上、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | | |  | | 男  女 | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日  歳　　　か月 | | | |
| 保育施設名  学校・学年 | | | |  | | | | | | | | |
| 利用日時 | | | | 年　　月　　日　　　　：　　　　～　　　　： | | | | | | | | |
| 申請理由 | | | | １　就労のため　　２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| お迎え者 | | 氏名 | |  | | 続柄 |  | | | お迎え時刻 | 午前  午後 | 時　　分 |
| 受診した  医療機関名 | | | | 病院等の名称 | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 順位 | | | 氏　　　　名 | | | 続柄 | 電　　　　話 | | | | |
| １ | | |  | | |  |  | | | | |
| ２ | | |  | | |  |  | | | | |
| ３ | | |  | | |  |  | | | | |
| 同意事項 | １ 子どもの容態の変化があった場合、必要に応じて、医師の助言を仰ぎます。  ２ 医師からの助言により病児保育施設の利用継続が不適当と判断したときは、病児保育を中止します。  ３ 子どもの容態の急変があった場合、職員の判断で緊急搬送や心肺蘇生を行います。  ４ 保護者は、職員から連絡があった場合は早急に対応してください。  ５ 感染対策には最善を尽くしますが、完全に予防することは困難であることをご理解ください。  ６ 病児保育の中止により、利用時間が短くなった場合でも規定料金の支払いをお願いします。    上記のことについて同意します。　　氏名 | | | | | | | | | | | |