

様式第 1 号(第 5 条関係)

該当欄に○を付してください。

新規	変更	再交付
----	----	-----

※1 変更の場合は、「申請者」、「【重要】(同意)」欄を記載してください。
※2 再交付の場合は、「申請書」、「児童氏名」、「生年月日」、「【重要】(同意)」欄を記載してください。

小川町病児・病後児保育事業利用登録申請書

申請日 年 月 日

小川町長 宛て

申請者住所

保護者氏名

小川町病児・病後児保育事業を利用したいので、小川町病児・病後児保育事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり登録を申請します。

【重要】私が負担する費用の算定に必要な場合、生活保護法に規定する保護の状況又は当該年度(当該年度の 4 月から 6 月までにおける利用料にあっては、前年度)における世帯の市町村民税の税額について、調査することに同意します。

なお、調査の結果は、必要に応じて設置者に提供することに同意します。

氏名 : _____

ふりがな 児童氏名	(愛称)	男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
住所	電話			
通所施設名	電話			
緊急連絡先	氏名	児童との続柄		
	勤務先等	電話		
	氏名	児童との続柄		
	勤務先等	電話		
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号	
かかりつけ医療機関名	電話			

同 意 書

小川町病児・病後児保育事業の利用に際しては、小川町病児・病後児保育事業実施要綱に記載している内容に承諾するとともに下記事項に同意します。

- 1 町及び実施施設の過失による事故を除き、一切の意義を申し立てないこと。
- 2 実施施設の利用中は、施設職員の指示を守ること。
- 3 対象児童の症状が急激に変化した場合には、保護者は至急子どもの引き取りを行うこと。
- 4 緊急時には保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること又は保護者と連絡が取れない場合においても、これらが行われることがあること。
- 5 4により医療機関で受診、治療、処置が行われた場合に発生する医療費、車賃等の費用については、保護者が全額負担すること。
- 6 小川町病児・病後児保育利用登録申請書の写しを病児保育事業の実施施設に提供されること。
- 7 5により医療機関で受診、治療、処置が必要となった場合、
(・承諾します。 ・かかりつけ医を受診するので承諾しません。)

年 月 日

住所 小川町 _____

氏名 _____

