

（宛先）平塚市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。また、利用にあたり下記同意事項に同意します。

フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）
緊急連絡先 ※必ず連絡が取れるところを御記入ください。	①氏名	（続柄： ）	
	電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
	②氏名	（続柄： ）	
	電話番号	— —	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
申請理由	1 就労 2 傷病 3 出産 4 冠婚葬祭 5 その他（ ）		
利用予定期間	年 月 日（ ） ～ 年 月 日（ ）		
給食	依頼する・依頼しない ※ 食物アレルギー（除去食品）がある場合は、お弁当を御持参ください。		
食物アレルギー（除去食品）	なし・あり（ ）		
与薬	依頼する・依頼しない ※ 依頼する場合の注意事項 ・ お預かりできる薬は、処方薬に限ります。市販薬はお預かりできません。 ・ 解熱剤はお預かりできません。 ・ 依頼する薬の情報が記載された用紙またはおくすり手帳を御持参ください。 ・ 薬は1回分に小分けにして御持参ください。		
その他	伝えておきたいことがありましたら御記入ください。		

（以下は該当の場合のみ御記入ください。）

減免	次の理由により、証明書類を添えて利用料の減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯（証明書類：生活保護受給証明書） <input type="checkbox"/> 前年度市区町村民税非課税世帯（証明書類：市区町村民税非課税証明書） ※ 減免の対象となるのは利用料です。給食費等の実費は、利用に応じて別途お支払ください。
----	---

同 意 事 項 （☑を入れてください）	
<input type="checkbox"/>	平塚市病後児保育事業実施要綱第3条に掲げる要件に該当する児童であっても、その健康状態等から実施施設が判断した結果、受入れできない場合があること。
<input type="checkbox"/>	利用中は実施施設職員の指示を守ること。
<input type="checkbox"/>	利用中の児童の症状等によっては、保護者へ連絡し利用を中止することがあること。
<input type="checkbox"/>	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上で、医療機関での受診、治療、処置が行なわれること。また、保護者との連絡が取れない場合でも、これらが行な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。
<input type="checkbox"/>	実施施設は、細心の注意を払って事業を実施するが、やむを得ず病後児保育室内で利用児童同士の感染が起こった場合、実施施設及び平塚市は責任を負わないこと。
<input type="checkbox"/>	登録や利用申請において実施施設及び平塚市が知りえた情報は、病後児保育事業の範囲において、必要に応じて医療機関等に提供される場合があること。
<input type="checkbox"/>	児童が実施施設を利用した際、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、利用児童の病状や利用中の様子等について情報を交換する場合があること。
<input type="checkbox"/>	事業実施にあたり、万一事故等が発生しても、実施施設側の故意又は重過失である場合を除き、実施施設及び平塚市は責任を負わないこと。