

## 成田市病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

実施機関 様

保護者氏名

下記「病児・病後児保育事業の利用について」の記載事項について理解・同意のうえ、事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 児童氏名	年 月 日生 ( 歳 ヲ月)
住所	電話番号 ( )
利用を希望する理由 1 就労 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護又は看護 6 冠婚葬祭 6 その他 ( )	
利用希望日時	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで 午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで
緊急連絡先	氏名 (続柄: ) 連絡先の名称 電話番号 ( )

### 記

#### 病児・病後児保育事業の利用について

- 1 施設利用中に児童の病状等が悪化した場合に、実施機関の判断で緊急を要するときは、保護者の了解を得ないまま医療機関を受診し、治療が行われることがあること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が利用料とは別に負担すること。
- 2 利用に際し、実施機関が必要と認めるときは、併設する病院等において児童の診察を求めることがあること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が利用料とは別に負担すること。
- 3 細心の注意を払い、事業を実施するものの、やむを得ず実施施設内で児童同士の感染が起こる可能性があり、当該感染について、市及び実施機関は重過失でない限り責任を負わないこと。
- 4 実施機関より指示された保育時間を厳守すること。
- 5 実施機関の指示事項を守ること。またこれに反する場合は、今後の事業利用を制限する可能性があること。