

## 藤沢市病児・病後児保育事業利用申込・申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

〔 事業実施者 :  
実施施設 : 〕申請者  
(保護者) 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)  
電話番号 (自 宅) \_\_\_\_\_  
(携帯電話) \_\_\_\_\_

藤沢市病児保育事業実施要綱第22条第3項の規定に基づき、次のとおり、病児保育事業の利用を申し込みます。

登 録 児 童	フリガナ		性 別	生年月日	年 月 日
	氏 名		男・女	年 齢	歳 カ月
通常利用施設	施 設 名	(電話番号 _____)			
利用開始 希望日等	年 月 日 ( )		午前 午後	時 分 ~	午前 午後
利用事由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	※就労(学)の 場合は記入	父 親		母 親	
		(名称)			(名称)
		(住所)			(住所)
		(通勤等時間) 片道 分			(通勤等時間) 片道 分
	(交通手段)			(交通手段)	
緊急連絡先 (保護者連絡先)	1 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)	
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)	
	2 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)	
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)	
	3 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)	
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)	
主 治 医 (かかりつけ医)	医療機関名	(電話番号 _____)			
	担 当 医 師				
アレルギー の有無	アレルギーの項目 ( _____ )				
	無 ・ 有      ※食事制限がある場合、その程度 ( _____ )				
	※抗アレルギー薬の使用 ( 無 ・ 有 )				
児童の容体が 変化した場合	01 保護者が主治医に連れて行く		03 その他		
	02 実施施設が指定する医療機関で受診する		( _____ )		
注 意 事 項					

## 【利用に係る同意事項】

私は、病児・病後児保育の利用にあたり、次の事項に同意します。

- 1 利用開始後に児童の容体が急変した場合は、保護者(申請者)が連絡に従い、来所すること。
- 2 児童の容体が急激に悪化した場合は、医師が必要判断した検査、処置、治療等(医療機関の受診、入院加療を含む。)が行われること。
- 3 事前に保護者と連絡が取れない場合であっても、治療を優先し、治療内容がやむを得ず事後報告になる場合があること。

(申請者署名) \_\_\_\_\_