

藤沢市病児・病後児保育事業利用申込・申請書

藤 沢 市 長

事業実施者：

実施施設：

年 月 日

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<br>希 望 日 等        | 年 月 日 ( )                                                                                                                                                 |              | 午前<br>午後      | 時 分 ~        | 午前<br>午後 | 時 分 |
| 利 用 事 由<br><br>(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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |              |               |              |          |     |
|                           | ※就労(学)の<br>場合は記入                                                                                                                                          | 保護者①         |               | 保護者②         |          |     |
|                           |                                                                                                                                                           | (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<br><br>(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<br>(かかりつけ医)         | 医療機関名                                                                                                                                                     | (電話番号 )      |               |              |          |     |
|                           | 担 当 医 師                                                                                                                                                   |              |               |              |          |     |
| ア レ ル ギ ー<br>の 有 無        | アレルギーの項目 ( )<br>無 ・ 有 ※食事制限がある場合、その程度 ( )<br>※抗アレルギー薬の使用 ( 無 ・ 有 )                                                                                        |              |               |              |          |     |
| 児童の容体が<br>変化した場合          | 01 保護者が主治医に連れて行く<br>02 実施施設が指定する医療機関で受診する                                                                                                                 |              | 03 その他<br>( ) |              |          |     |
| 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、医師が必要と判断した検査、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)