

大山崎町病児及び病後児保育事業利用申込書

大山崎町長 様

申請者

住所 大山崎町字 小字

氏名 印

連絡先

病児及び病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申込します。  
 なお、利用するにあたり、以下の確認事項について同意します。

(フリガナ) 児童氏名	性 別		男 ・ 女	
	生年月日		年 月 日生	
利用希望日	年 月 日 ( )			
利用時間	時 分 ~		時 分	
お迎えに来る方	氏 名		関 係	
利用申込理由	就労（就学） ・ 傷病（入院） ・ 出産 ・ 看護（介護） 冠婚葬祭 ・ その他 ( )			
連絡先（緊急時）	氏名（関係）	( )		
	連絡先			

- \*添付書類 (1) 連絡票  
 (2) 課税証明書（大山崎町で課税状況が確認できない方のみ）

\*確認事項

- 利用料の階層区分の確認に関して、課税状況の調査を町担当課が行い、その情報を実施機関に提供すること。
- 児童の症状の変化に伴い、保育の継続が困難と判断された場合は、実施機関からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。  
 また、緊急に医師の診察を受ける必要がある場合は、保護者の承諾なしに受診し、その治療に要した費用は保護者が負担すること。
- 利用登録及び申込において町が知り得た情報は、病児及び病後児保育事業の範囲内において、実施機関に提供すること。また、必要に応じて医療機関に提供する場合があること。
- 児童の保育にあたっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず事業を実施する施設内で児童の相互感染が起こった場合は、実施機関は責任を負わないこと。

\*実施機関確認欄

利用の可否	可 ・ 否 (理由: )			
登録番号		区 分	病児 ・ 病後児	
利用料	階層区分		金 額	円
食事代等（実費）	有 ・ 無		金 額	円
合 計				円