第３号様式（第10条関係）

（表）

鴨川市病児保育事業利用申込書

年　　月　　日

（宛て）

　実施施設の長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者　住所

（保護者）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（自宅）　　（　　）

　病児保育事業を利用したいので、鴨川市病児保育事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり申し込みます。なお、利用に当たり、裏面の事項について同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 登録番号 | 性別 | 生年月日 |
| 児童氏名 |  | － | 男・女 | 年　　月　　日 |
| 利用を希望  する日時 | 年　　月　　日（　　）  　午前・午後　　時　　分から午前・午後　　時　　分まで | | | |
| 保育することができない事由 | １　就労　　２　疾病　　３　事故　　４　出産　　５　冠婚葬祭  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 迎えの人 | 氏名　　　　　　　　　　　（児童との続柄）  携帯電話番号 | | | |
| 迎えの時間 | 時　　　分頃 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）  連絡先の名称(勤務先及び所属)  電話番号　　　　　　－　　　　－　　　　　（内線番号　　　　　） | | | |

　注意事項

　１　児童の体調が急変した場合は、お迎えをお願いしますので、必ず連絡が取れるようにしてください。就労中の場合等、携帯電話では連絡が取れない場合があります。緊急連絡先として勤務先の名称及び所属並びに電話番号(内線番号)をお書きください。

　２　利用の際には、この利用申込書のほか、連絡票を併せて提出してください。

　３　「鴨川市病児保育事業登録承認（却下）通知書」が届いていない場合は、届き次第登録番号を病児保育室へお知らせください。

（裏）

同意事項

　１　児童の状態が悪化した場合は、保護者が引き取ること。また、保護者へ連絡が取れない場合、保護者が引き取りに来るまでの時間が長い場合又は児童の状態が緊急を要する場合は、実施施設の長の判断で医療機関を受診し、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、保護者が負担すること。

　２　実施施設の長は、保護者の申込みに際し、必要と認めるときは、実施施設に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、保護者が負担すること。

　３　実施施設の長は、細心の注意を払って病児保育事業を実施するが、やむを得ない事由により実施施設内で児童間の感染が発生した場合は、当該実施施設は責任を負わないこと。

　４　実施施設の長から指示された病児保育の時間を厳守すること。

　５　病児保育事業の利用に当たり提出した資料について、病児保育事業の実施に必要な範囲で実施施設及び市が使用・管理すること。

　６　実施施設の長の指示事項を守ること。また、これに反する場合は、病児保育事業を利用することができなくなることがあること。