様式第１号

日南町病児・病後児保育事業利用申請書及び同意書

令和　　年　　月　　日

日南町長　　中村　英明　　様

保護者 住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

日南町病児・病後児保育事業の利用について下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童 | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住 所 |  |
| 利用期間 | 　　　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日 |
| 利用時間 | 　　　　　　　　　　時　　　分～　　　　時　　　分 |
| 利用理由（保護者の状況） | １ 仕事 　２ 傷病　 ３ その他（ 　　　　 　　 ） |
| 緊急時の連 絡 先① | 氏　名 |  | 電話番号 |  |
| 連絡先② | 氏　名 |  | 電話番号 |  |
| アレルギー等の有無 | 内服薬や注射や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか（　　いいえ　　　はい　　　） |
| 食　事 | 希望する昼食　①完了期食　　②幼児食　　③児童食※アレルギー食対応不可 |
| 備　　考 |  |

**同 意 内 容**

１．利用中は日南病院及び病児・病後児保育室の職員の指示を守ること。

２．児童の症状が病児・病後児保育事業の適用外となった場合、小児医療の対象として適当な処置をとります。また、小児科医の診察が必要な場合、他院へ紹介する場合があります。　　　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．利用申請等において知り得た情報は、病児・病後児保育事業の範囲内において利用されること。

病児・病後児保育事業の利用に当たり、上記の各項目に同意します。

 申請者（保護者）氏名

 　　 （必ず申請者本人が署名してください。）

【日南病院（小児科・内科）医師確認審査欄】

上記児童は令和　　　　年　　月　　日から令和 月　　日まで 病児・病後児保育に該当し、受け入れが可能であることを認めます。

 主な病名

 日南病院（小児科・内科） 医師