佐倉市病児・病後児保育事業利用申請書兼同意書（病児保育用）

様式第２号（第８条関係）（その１）

　　年　　月　　日

（宛先）佐倉市長

申請者　　住所

（保護者）　氏名

電話　　　（　　　）

　佐倉市病児・病後児保育事業実施要綱第８条第２項の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生 年 月 日 | |
| 児童氏名 |  | | 年　 月　 日生  （　　歳　　月） | |
| 〔利用を希望する理由（保護者の都合）〕  勤務の都合　傷病　事故　出産　看護　冠婚葬祭　その他（　　　　　　） | | | | |
| 〔利用を希望する日時〕 | | | | |
| １．　　年　　月　　日（　　）  　時　分から　時　分まで | | ２．　　年　　月　　日(　　)  　時　分から　時　分まで | | ３．　　年　　月　　日(　　)  　時　分から　時　分まで |
| 〔緊急連絡先〕  氏名　　　　　　　　　（続柄　　　）　　携帯電話　　　（　　　）  　緊急連絡先の名称　　　　　　　　　　　　電　話　　　　（　　　） | | | | |
| 〔利用料等の減免確認〕※該当する場合のみ（　）に○をつけてください。  （　　）生活保護世帯に該当する（証明書を添付してください。）。  （　　）市町村民税所得割非課税世帯に該当する（証明書を添付してください。）。 | | | | |

|  |
| --- |
| 同　　意　　欄  私は、病児・病後児保育事業を利用するに当たり、下記の内容について同意します。  記  １ 児童の状態が悪化した場合は、保護者が引き取ること。医師の判断により、病児保育が必要となった場合のみ利用・予約可とする。緊急を要する場合等は、保護者の了解を得ないまま医療機関を受診することがあること。その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。  ２ やむを得ず実施施設内で児童同士の感染が起こった場合は、当該実施事業者は責任を負わないこと。  ３ 実施事業者から指示された預かり時間・日数を厳守すること。  ４ 事業の利用に当たり提出された資料について、実施事業者及び市が使用・管理すること。  ５ 実施事業者の指示事項に反する場合は、事業を利用することができなくなることがあること。  日 付　　　　　　　年　　月　　日　　氏 名 |