

様式第2号(第8条関係)

玉城町病後児保育利用申込書

年 月 日

玉城町長 あて

次のとおり、病後児保育を利用したいので関係書類を添えて申し込みます。

ふりがな 児童氏名	(男・女)		生年月日	
保護者氏名			続柄	電話番号
緊急連絡先			続柄	電話番号
家庭での育児が困難な理由	就労・傷病・事故・出産・介護・冠婚葬祭・その他( )			
利用希望期間	年	月	日	～ 年 月 日( )日間
利用希望時間	時	分	～	時 分
かかりつけ医	病院名： 電話番号：			
加入医療保険	保険者名		記号	
	保険者番号		番号	
主な症状	病名			
	薬			
	発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛・喉の痛み・けいれん・下痢・吐き気食欲低下・頭痛・目やに・その他( )			
同意書	<p>1. 保育中に利用児童の病状が急変する等、緊急を要する事態が発生した時は、救急病院等へ移送すること。</p> <p>2. 保育中の病状の急変に対し、処置が必要など保育が継続できない状況と判断された時は、利用の途中であっても利用児童を速やかに迎えに来ること。</p> <p>3. やむを得ない事故の場合、異議申し立てはいたしません。</p> <p style="text-align: right;">保護者 住所 番地 氏名</p>			

※申請書には、医師の利用判定票(別紙)を添付してください。