

病児保育利用申込書

学校法人 栗岡学園 阪奈中央病児保育園 御中

児 童 名	フリガナ	性 別	生年月日	平成 年 月 日生
		男 ・ 女		
利 用 希 望	期 間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 (別紙 診断期間内)	
	時 間	午前・午後 時 分 から	午前・午後 時 分	
利 用 事 由 (保護者の状況)	① 仕事の都合 ② 傷病 ③ 事故 ④ 出産 ⑤ 冠婚葬祭 ⑥ 災害 ⑦ 出張 ⑧ 公的行事参加 ⑨その他()			
病 気 について	病名(わかっている場合)			
保 護 者 氏 名	父	生活保護の状況	適 用 な し ・ あ り	
	母	住民税について	課税対象 ・ 非課税対象	

※ 生活保護・住民税非課税により減免を受けられる場合は、所得証明書等を添付して下さい。

承 諾 書

阪奈中央病児保育園を利用するにあたり、以下のことについて承諾ください。

- (1) 病児保育園に入室後、病状の変化によっては急なお迎えをお願いすること。
- (2) 病状の変化により急を要すると園が判断した時は、阪奈中央病院小児科へ受診させ医師の判断を受けること並びに診療費を支払うこと。
- (3) 持参薬を与薬した際に発作やアレルギー等の症状が出た場合、園に責任を問わないこと。
- (4) お迎えの時間は厳守してください。※閉園時間を過ぎた場合、延長料金をいただくこともあります。
- (5) 書類の取り扱いについては、個人情報保護法に基づき、本来の利用目的以外には使用いたしません。ただし、診療のために利用する他、行政命令の遵守、連携のために個人情報を利用すること。
- (6) 生駒市民で、生活保護世帯または市民税非課税世帯の方で利用料の減免を受けられる場合は、市民税の照会の為、生駒市に児童票並びに利用申込書等保育料減免に必要な情報を提供すること。

上記の件について同意 **す る** ・ **し ない**

平成 年 月 日

保護者氏名

