

阪奈中央病児保育園 利用申込書

阪奈中央病児保育園園長 様

児童名	ふりがな		性別	生年月日		
			男 ・ 女	平成	年	月 日生
保護者氏名	父	ふりがな	母	ふりがな		
住所	〒					
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()					
病名	(病児保育許可証に書かれている診断名)					
住民税	課税対象 ・ 非課税対象		生活保護の受給	なし ・ あり		

※ 生駒市民の方で、生活保護・住民税非課税により保育料金の減免を申請される場合は、「病児保育 様式4」を記入の上、必要書類を添付し提出して下さい。

承諾書

阪奈中央病児保育園を利用するにあたり、下記の内容について、承諾します。

- 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があること。
- ② 病状の変化により急を要すると園が判断した場合には、保護者連絡の後に阪奈中央病院小児科で診察を受けることがあること。また、その際の診療費は、保護者が払うこと。
- ③ 病児保育利用者間での相互感染を100%予防することは困難であること。
- ④ 持参薬と与薬した際に、何らかの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。
- ⑤ お迎えの時間を厳守すること。(※18:00を過ぎた場合は違約金が発生し、以降の利用をご遠慮いただく場合があります)
- ⑥ 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しないが、診療のための利用並びに行政命令の遵守・連携のために個人情報を利用する場合があること。
- ⑦ 生活保護世帯または市民税非課税世帯の生駒市民の方で、病児保育料減免を申請する場合は、市民税照会のため、児童票並びに利用申込書等、減免に必要な情報を生駒市へ提供すること。

平成 年 月 日

氏名

Ⓜ

続柄：