

大野市病児・病後児保育事業利用申請書兼同意書

年 月 日

大野市教育委員会様

長様（住民登録が他の市町の場合に記入）

保護者 住所

氏名

連絡先

（緊急連絡先）

次のとおり病児・病後児保育事業の利用を申請します。利用にあたって以下の事項に同意します。（☑してください）

☐ 利用児童及び保護者の住民登録がある市町において、世帯状況、児童扶養手当、ひとり親家庭等医療費助成、施設等利用給付認定などの情報を利用料算定のために調査し、実施施設と共有すること。

☐ 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得てから医療機関で治療を行うが、連絡がつかなかった場合でも治療を行うこと。

Application form table with fields for utilization type, subsidy type, name, birth date, current condition, medical history, and contact info.

医師連絡票

病児保育事業実施施設/併設病院 様

年 月 日

病児・病後児保育の利用について、次のとおり連絡します。

Table for medical contact information including patient name, quietness requirements, medication instructions, and admission status.

※事務処理欄 【実施施設名：】

Summary table for administrative processing including utilization dates, fees, and counts.