

鎌倉市病児・病後児保育事業 利用申込書

(宛先) 鎌倉市病児・病後児保育事業実施施設長 鎌倉市長		申込日	平成	30	年	4	月	2	日
次のとおり、鎌倉市病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。また、下記の記載内容を実施施設で利用すること及び利用状況等の報告を市が受けることに同意します。なお、利用に当たっては、実施施設の指示に従います。		<div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; display: inline-block;"> 該当する方は 〇を囲んで下さい </div>							
申請者 (保護者)	(フリガナ) カマクラ ハナコ	※非課税・生活保護世帯に該当する場合は、利用料が免除となります。		非課税 ・ 生活保護 ※証明になる物をお持ちください。					
	氏名	鎌倉 花子							
住所	鎌倉市 〇〇〇 x-x-x 電話番号 (0467) △△- 〇〇〇〇								
勤務先	(鎌倉市内にお住まいの方は記載不要。鎌倉市外にお住まいの方のみ記載してください。)								
緊急連絡先	①氏名	鎌倉 花子	児童との続柄	母					
	(勤務先の場合: 勤務先名)	(株) 〇〇〇〇	電話番号	090 (0000) △△△△					
	②氏名	鎌倉 太郎	児童との続柄	父					
	(勤務先の場合: 勤務先名)	△△△△ (株)	電話番号	090 (0000) ××××					
利用児童	(フリガナ) カマクラ ウミ	生年月日	平成 28 年 12 月 1 日						
	氏名	鎌倉 海	(1 歳 4 か月)						
住所	(保護者住所と同一の場合は記載不要。保護者と住所が異なる場合のみ記載してください) 連絡先:								
通園・通学施設	① 保育園 (市内 ・ 市外)	園・学校名:							
	② 幼稚園 (市内 ・ 市外)	トコトコ 保育園							
③ 小学校 (市内 ・ 市外)									
④ その他									
⑤ なし									
かかりつけ医療機関等	鎌倉市病児・病後児保育事業利用連絡票作成医師と (同一 ・ 異なる) 異なる場合のみ: 医療機関名 〇〇〇〇 クリニック 医師名 ×× 〇〇								
利用理由 (保護者)	① 就労	4 出産及び産前産後							
	2 疾病	5 冠婚葬祭							
3 事故	6 その他 ()								

《保育中の診察等に係る同意確認》

保育中、必要に応じて診察及び検査を受けることに同意します。

診察の結果、投薬があった場合には、(連絡を希望 ・ 医師の判断で利用可能) とします。

けいれん・喘息発作等、急を要する場合の投薬・処置は医師の判断に任せます。

こちらは必ずご記入下さい。
 ご署名がない場合はお預りできません 保護者署名 鎌倉 花子

- ※ 本申込書により、連続する1週間を限度として利用申し込みが可能です。
- ※ 本事業は、鎌倉市に居住するお子さん、鎌倉市内の施設に通園・通学しているお子さん、鎌倉市内に勤務する保護者のお子さんが対象です。
- ※ 施設利用に当たっては、事前にかかりつけ医等に記載していただいた「鎌倉市病児・病後児保育事業利用連絡票」と保護者が必要事項を記入した「病児・病後児保育事業利用票」及び「与薬依頼票」を実施施設に提出してください。
- ※ 利用の際の持ち物等は各施設の利用手引き等を参照してください。