

病児デイケア事業 利用申込書兼同意書

年 月 日

越前町 長様

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)

次のとおり病児デイケア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、生活保護受給、市町村民税、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併設病院等で治療を行うが、連絡がつかなかった場合でも治療を行うこと。

補助の区分, ふりがな, 利用児童氏名, 在籍施設名, 現在の病状, 既往歴・アレルギー, 利用希望日

医師連絡票

病児デイケア事業実施施設/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 with columns: 病名, 安静度, 投薬および指示事項, 受け入れの可否, 医療機関名・(医師名)署名

※事務処理欄【実施施設名: 】

Table with columns: 利用日, 病児, 病後児, 区分, 個人負担金①, 利用日数②, 合計 ①×②