

稚内市病児保育事業登録申込書

年 月 日

稚内市長 工 藤 広 様

申請者（保護者）

住 所 稚内市

氏 名 ㊟

下記の事項に同意のうえ、次のとおり稚内市病児保育事業利用の登録を申し込みます。

| | | | | | | |
|---|----|----|-----------------|--------|-------|------|
| ふりがな | | 続柄 | 生年月日・年齢 | 性別 | | |
| 児童氏名 | | | 年 月 日 (歳 月) | 男・女 | | |
| かかりつけ医（病院名） | | | 通っている保育所・学校等の名称 | | | |
| | | | | | | |
| 児童以外の世帯員の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先・住所 | 勤務先電話 | 携帯番号 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 同 意 事 項 | | | | | | |
| 私は、稚内市病児保育事業の利用の申請にあたり、次の点について同意いたします。 | | | | | | |
| 1 事業利用にあたり、稚内市が市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した世帯区分を追記のうえ登録申請情報を事業実施施設に対して提示すること。 | | | | | | |
| 2 病児保育の開設日及び開設時間を了承のうえ、時間内に対象児童を迎えにくること。 | | | | | | |
| 3 保育中に児童の病状が急激に悪化したとき等の緊急時には、実施施設は保護者へ連絡し、または保護者に連絡がとれない場合であっても、必要に応じて併設の病院での治療・措置または救急搬送等の対応をすることがあること。また、緊急時の医師の判断による必要な措置にかかる費用については、保育に係る保護者負担金とは別に保護者の負担となること。 | | | | | | |
| 4 保育中の病状の変化または実施施設の必要な指示に従わない場合等、病児保育の継続が困難と判断され、実施施設より連絡があった場合には、利用の途中でであっても自宅療養等をさせるため、児童を速やかに迎えに来ること。 | | | | | | |

※勤務の都合により登録する場合、保護者の雇用証明書を添付。（保育所・学童保育所に入所している場合は省略可能）

| | | |
|-------|-------------------------------|--------------------------------|
| ※市記載欄 | <input type="checkbox"/> 課税世帯 | <input type="checkbox"/> 非課税世帯 |
|-------|-------------------------------|--------------------------------|