

病児・病後児保育事業利用申請書

学校法人平成医療学園 病児・病後児保育実施施設長 様

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

対象児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
保護者氏名		住所	
電話番号		勤務先	勤務先名 電話
病名			
家庭で育児できない理由	勤務 ・ 冠婚葬祭 ・ 出産 ・ 病気 ・ その他 ()		
利用予定期間	年 月 日 () ~ 月 日 () 日間		
児童の健康状態及び注意事項			
○食事について(食事制限の有無)			
○その他(体質、くせ又は障害など心配なこと、配慮してほしいこと)			

お預かりしている間に、お子様の状態や経過によって、診察が必要となる場合があります。

原則、保護者に連絡を致しますが、連絡が取れない時や緊急を要する場合は看護師の判断で受診をする事があります。その際、診察料が必要となる場合があります。

薬の投与に関しては、保護者の依頼があり、処方箋または医師連絡票の処方内容に記載がある場合に限り、看護師での投与を致します。

上記の内容について理解し、同意いたします。

年 月 日 保護者氏名 (続柄) 印

◆利用料金について(返金はできませんのでご了承ください。利用時間、減額条件等ご確認の上お支払いをお願い致します)

- 当法人企業主導型保育園**企業枠**の在園児 園名() 無料
- 6時間以内のご利用 (入室 : ~ 退室予定 :) 2000円
- ※6時間を超えた場合は超過分500円を徴収させていただきます
- 6時間を超えるご利用 2500円

・以下の条件に当てはまる方は1000円減額させていただきます(減額上限1000円)

- 当法人保育園在園児または卒園児 園名()
- 当法人保育園在園児のきょうだい 園名()
- 利用2日目以降

…同じ医師連絡票で学校法人平成医療学園運営の病児保育室を利用した場合。 前日利用園名()