

第2号様式（第7条関係）

中井町病児保育事業同意書

児童	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢	歳

- 病児保育事業の利用中は、中井町及び実施施設職員の指示に従うこと。
- 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療又は処置が行われること。また、保護者との連絡が取れない場合でもこれらが行われることがあること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 利用登録及び利用申請において中井町が知り得た情報は、病児保育事業の実施に必要な範囲において、実施施設に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。
- 病児保育事業を利用した際、中井町病児保育事業診療情報提供書を記入した医療機関に対し、実施施設職員が入室時の状況、在室中の様子等の報告を行うこと。
- 利用登録の内容確認に必要な住民基本台帳、町県民税課税台帳等を中井町が職権で閲覧すること。

中井町長様

私は、病児保育事業の利用に当たり、上記項目に同意します。

年 月 日

保護者氏名
(必ず申請者本人が署名してください。)

※ 上記項目に同意できる場合は、各項目の「□」に「レ(チェック)」した上で、署名してください。