

(表面)

様式第10号 (第4条関係)

病児保育送迎対応利用登録申請書

年 月 日

鳥取市長 様

申請者 住所
氏名
電話

次のとおり鳥取市病児保育送迎対応の利用について登録したいので申請します。

ふりがな				年 月 日生(男・女)
児 童 名				(歳)
通っている 保育所等又は学校				
利用施設				
保 護 者	氏 名	続柄	生年月日	勤務先(連絡先)
		父	年 月 日	勤務先 電話
		母	年 月 日	勤務先 電話
			年 月 日	勤務先 電話
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

保護者同意欄 (※裏面の同意事項を必ずお読みいただき、署名してください)

病児保育送迎対応を利用するに当たり、裏面に掲げる同意事項の全ての項目について同意します。

保護者氏名 _____

(裏面)

送迎対応を利用される際の注意事項となりますので、全ての項目を必ずお読みいただき、同意される場合は左欄の□にチェック (☑) を付けてください。同意がない場合は、送迎対応の利用ができません。

	同意事項
<input type="checkbox"/>	送迎対応は、鳥取市に住民票があり、保育所等に在籍している未就学児童が対象となります。
<input type="checkbox"/>	対象となるのは、保育所等と実施施設との往復のみとなります。
<input type="checkbox"/>	症状の急変が認められるような重症疾患等の疾病での利用はできません。
<input type="checkbox"/>	実施施設の利用状況によっては、保育室が確保できない等の理由により利用をお断りする場合があります。
<input type="checkbox"/>	利用前診察は、病児保育において連携している医療機関で行います。利用後、必要に応じてかかりつけ医を受診してください。
<input type="checkbox"/>	医師の判断により処置及び検査が必要となった際、電話連絡による実施の確認又は医療機関に来ていただく場合がありますので、必ず連絡が取れる状態としておいてください。
<input type="checkbox"/>	緊急を要する場合、保護者の了承を得ずに医療機関への搬送、処置及び検査等を実施することがあります。
<input type="checkbox"/>	診察により保護者の保護が必要と判断した場合や入院加療が必要とされた場合は、直ちに迎えに来てください。
<input type="checkbox"/>	保育所等に与薬の依頼をしている場合、医師の判断により保護者に代わって看護師又は保育士が与薬することがあります。
<input type="checkbox"/>	病児保育利用料及び診察諸経費については、実施施設に迎えに来た際に精算してください。
<input type="checkbox"/>	実施施設に迎えに来た際に病状説明等があるため、児童の迎えには保護者が来るようにし、実施施設の利用時間を厳守してください。
<input type="checkbox"/>	実施施設での児童の引き渡しは、身元が証明された方のみとなりますので、身分証明書（運転免許証等）を持参してください。
<input type="checkbox"/>	鳥取市が住民登録台帳等、利用者及び保護者の情報を調査することがあります。
<input type="checkbox"/>	鳥取市病児・病後児保育事業利用申請書等に記載された内容について、保育所等と情報を共有することがあります。
<input type="checkbox"/>	面識のない大人に連れて行かれることは、児童の心身に大きな負担を与えると、いうことを十分に理解したうえで利用してください。