

# 病児保育室たんぽぽ 利用確認・同意書

※枠内の事項をもれなく記入してください。

住所 ※武蔵村山市に 住民登録していることが 必須です。	武蔵村山市			
保育室を利用する お子さんの名前	男 女	生 年 月 日	年 月 日 利用時点 ( 歳 か月)	
保護者の氏名	保育室を利用したことが <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">ある</span> <span style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 2px;">初めて</span>			
通所施設(施設名を書 いてください。)	1 ( ) 保育園 2 ( ) 幼稚園 3 ( ) 小学校 4 保育園や幼稚園に通っていない			
かかりつけ医	医療機関名		主治医名	先生
料金の減免	① 生活保護受給 ② 住民税非課税世帯 ③ どちらも当てはまらない			
① ②の場合、世帯全員分の所得状況及び生活保護の受給の有無等について、武蔵村山市役所が公簿で確認する ことに同意します。 年 月 日 氏名 _____				

緊急 連絡 先	※お子さんの具合が悪 くなったりした際に必ずお迎 えや相談ができる方	連絡順位 1	氏 名 電話番号
		連絡順位 2 (1位が繋がらない時にご連絡します。)	氏 名 電話番号

※以下をよく読んで理解したうえで回答してください。全部にチェックが入らない場合や正確な回答や同意がない  
場合には利用をお断りする場合があります。

はい	いいえ	重 要 事 項 確 認
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ピンク色の利用案内や武蔵村山市ホームページの病児保育室利用案内を読みましたか。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	本日、診療情報提供書を持参しましたか。→ 受診して医師に作成を依頼してください。
以下はレを入れる <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お子さんの状態が悪化した場合には必ずお迎えします。また、緊急の際は医師の判断で保護者の了解 がなくとも処置をお願いすることに同意します。その際の医療費は保護者が負担します。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保育室内での、やむを得ない二次感染について、保育室は責任を負わないことを了解します。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	指示された保育時間を厳守し、お迎え時間に遅れないことを了解します。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	この事業に関して提出した資料は保育室及び市が利用状況の確認や統計等のために使用することを 同意します。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	保育室からの指示事項を守らない際は保育室の利用ができなくなることを理解しました。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	医師の確認の下、看護師もしくは保育士が与薬することに同意します。

住民票チェック 乳子医療証、保険証等	生保・非課税チェック 子家セン電話確認	利用日
		年 月 日 ~ 年 月 日

令和5年1月10日改訂