

(裏)

同 意 書

病児・病後児保育の利用に際して、次の項目に同意します。

- 1 病児・病後児保育の利用登録および利用に当たり、関係職員が私の世帯の課税状況および生活保護の状況を調査・確認をすること。
- 2 本事業の実施に必要な情報を米原市地域包括医療福祉センターに提供すること。
- 3 利用中は職員の指示を守ること。
- 4 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、処置が行われること。
また、保護者に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。

年 月 日

米原市長 様

保護者氏名

(裏)

同 意 書

病児・病後児保育の利用に際して、次の項目に同意します。

- 1 病児・病後児保育の利用登録および利用に当たり、関係職員が私の世帯の課税状況および生活保護の状況を調査・確認をすること。
- 2 本事業の実施に必要な情報を米原市地域包括医療福祉センターに提供すること。
- 3 利用中は職員の指示を守ること。
- 4 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、処置が行われること。
また、保護者に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。

年 月 日

米原市長 様

保護者氏名

様式第3号 (第5条関係)

米原市病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日

米原市長 様

保護者 住所 市
氏名
電話

病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり連絡します。

児 童 氏 名			
生 年 月 日	年	月	日 (満 歳 か月)
住 所	市・町		
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	
病 状 ・ 症 状 (番号に○)	1 急性上気道炎	2 気管支炎・肺炎	原因菌() ※分かれば記入
	3 喘息・喘息様気管支炎	4 感染性胃腸炎	
	5 その他 ()		
	(病名不明のとき)		
	6 発熱	7 下痢	8 嘔吐
	9 咳	10 喘鳴	11 発しん
	12 その他 ()		
現 在 の 投 与 処 方	1 投与方法および投与薬品名等		
※コピー添付可	2 解熱剤使用：なし・あり(日 時)		
安 静 度	1 隔離 (要 ・ 不要)		
※特に安静が必要な場合記載	2 その他		
食 事 (昼 食) に関する特別な指示	1 なし		
	2 ある ()		
医 師 所 見 ※特に必要がある場合のみ記載			
	* 次回診察予定日： 月 日 ()		

本証明書の内容について、相違ないことを認める。

医療機関

所在地

電話番号およびFAX番号

担当医師名

㊟

就労証明書

保護者記入欄	児童名（保護者の続柄）	(父・母・祖父・祖母)			
	保護者（勤務者）住所	県	市・町		
	保護者（勤務者）氏名		生年月日	年 月 日	
雇用主記入欄	勤務地住所 (米原市内の勤務地記入)	滋賀県米原市		連絡先	—
	就労年月日	年 月 日から			
	雇用形態	正規・パート・臨時・派遣・その他()			
	勤務日数	1か月平均： 日(週 日勤務)			
	勤務時間	時 分から 時 分まで (1日平均 時間 ※休憩時間を含む勤務時間)			
	備考(その他参考となる事項)				
	<p>上記の者は、当社(所)に就労していることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>証明者 名 称 印</p> <p>代表者氏名 印</p> <p>電話番号</p> <p>米原市長 様</p>				

【注意】記載事項に変更が生じた場合は、再度就労証明書を提出してください。

また雇用主記入欄を訂正する場合は、訂正印として、雇用主印を押印してください。

様式第5号 (第5条関係)

年 月 日

在籍証明書

児 童 名	
生 年 月 日	年 月 日 (歳児)
住 所	県 市・町
入 園 年 月 日	年 月 日 入園

上記の者は、 年 月 日 現在当施設に在籍していることを証明します。

米原市長 様

施 設 名 _____

施 設 長 名 _____ 印

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____ ()

担 当 者 _____