

同 意 書

年 月 日

串本町長 あて

保護者氏名

印

私は、病児病後児保育事業の利用に当たり、下記の項目に同意します。

記

- 1 病児病後児保育事業の利用料金決定のため、町が世帯の課税状況と公的扶助に関して調査すること。
- 2 病児病後児保育事業の利用中は、町及び施設職員の指示を守ること。また、これに反する場合は、病児病後児保育事業を利用できなくなることがあること。
- 3 かかりつけ医から与薬について指示があった場合には、施設職員が児童に与薬すること。なお、与薬により損害が生じた場合は、町及び実施施設を一切免責とすること。
- 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、くしもと町立病院での受診、治療及び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。ただし、くしもと町立病院小児科が対応できない場合は、受け入れ可能な病院への救急搬送もありえること。なお、その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 5 利用申請において町が知り得た情報は、串本町病児病後児保育事業の範囲内において実施施設に提出されること。また、必要に応じてくしもと町立病院に提出される場合があること。

※ この同意書は、申請書と一緒に提出してください。