

病児病後児保育利用登録申請書

平成 年 月 日

有田市長 様

病児病後児保育の利用について、次のとおり登録を申請します。

また、病児病後児保育利用料金決定のため、市が世帯の課税状況と公的扶助に関して調査すること、この申請書の写しを実施施設で使用する事及び市が実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

申請者 住 所 _____

(保護者) 氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日 (歳)		
			通園施設等	保育所 ・ 幼稚園 小学校 ・ その他		
緊急連絡先	ふりがな ① 氏名	続柄 ()	※職場等必ず連絡がつくところを記入 電話番号			
	ふりがな ② 氏名	続柄 ()	※職場等必ず連絡がつくところを記入 電話番号			
予 防 接 種	※ これまでに受けた予防接種の回数に○をつけてください。					
	インフルエンザ菌b型 (H i b)		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加			
	小児用肺炎球菌		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加			
	ポリオ (経口・不活化) ※四種混合接種者は記入不要		1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ・ 追加			
	三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風)		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加			
	四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)		1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 1 期追加			
	BCG	未 ・ 済	B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目		
	麻しん (はしか) ・ 風しん	1 期 ・ 2 期	おたふくかぜ	1 回目 ・ 2 回目		
	水痘 (水ぼうそう)	1 回目 ・ 2 回目	日本脳炎	1 期 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 追加) ・ 2 期		
その他 ()						
既往歴	突発性発疹 麻しん (はしか) 風しん 水痘 (水ぼうそう) おたふくかぜ その他 ()					
過去に大きな病気・けがをしたことがある		年 月 頃 ()				
○ひきつけの有無 (有 ・ 無) ・過去 回 ・最後の発作 年 月 ・診断名 ・けいれん止めの座薬名 ・使用方法 (熱が何度になったら使用、使用量など)			○アレルギー体質の有無 (有 ・ 無) ・アレルギーのある方は、病名、アレルゲン (原因となるもの) と症状を具体的に記入してください。 ・薬によるアレルギーがあれば記入してください。 (合わない薬) (使用できない薬品名)			
健 康 保 険	記号	番号	○その他 (気になることや心配なことがあれば、記入してください)			
	被保険者氏名					続柄
	保険者名称					
	保険者番号					