

綾町病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

綾町長様

申請者	住 所	〒
	氏 名	印

次のとおり綾町病児・病後児保育事業の利用登録をしたいので申請します。

ふりがな	生年月日		性別	申請者との続柄	保育所等の名称
児童氏名	(満 年 歳 月 か月)	年 月 日	男・女		
通院病院	病院名	担当医師名		施設電話	
				—	
				—	
既往歴 (これまでに かかった病気 すべてに○)	1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風疹(三日ばしか) 5. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 6. 伝染性紅斑(りんご病) 7. 熱性けいれん 8. 川崎病 9. 結核 10. 哮息 11. アトピー性皮膚炎 12. 食物アレルギー(ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・ 13. その他()				
アレルギー 体质の有無	有(詳細に) · 無				
予防接種 (これまでに受けた ものすべてに○)	1. ヒブ(1・2・3・追) 2. 肺炎球菌(1・2・3・追) 3. ロタ[1・2・(3)] 4. B型肝炎(1・2・3) 5. DPT-I PV(四種混合) 6. D. P. T(三種混合) 7. ポリオ[(1・2)・3・追] 8. BCG 9. MR(麻疹・風疹混合)(1・2) 10. 水痘(1・2) 11. おたふくかぜ(1・2) 12. 日本脳炎(1・2・追) 13. 今秋冬インフルエンザ(1・2) 14. (五種混合)				
児童に対する留意点	1. 既往歴() 2. 出産時の状況() 3. その他()				
保護者	父	自宅電話		—	
	母				
勤務先 (緊急連絡先)	父	勤務先電話		—	
	母	勤務先電話		—	
世帯状況	1. 生活保護法による被保護世帯 2. 住民税非課税世帯 3. その他の世帯				
加入医療保険	記号	番号	保険者名		保険者番号

綾町長様

利用者負担金の決定のため必要があるときは、綾町長が私の住民税の課税状況につき税務関係機関に報告を求めることがあります。

また、利用に際しては、実施施設の指示に従います。

氏名

印

(注意事項) 予約をキャンセルされる場合は、必ず当日朝までに、病児・病後児保育室へ連絡下さい。