

病児等保育利用登録申請書

遠野市長.....様

令和 年 月 日記入

申請者（保護者）氏名.....

病児等保育の利用の登録をしたいので、次のとおり申請します。

また、病児等保育の利用の際に、利用負担金の額を決定することを目的として市長が指定する職員が課税状況を公簿により確認すること、及び登録した内容を病児等保育の実施を受託した者に提供することについて同意します。

登録児童	児童氏名		愛称		性別		生年月日		
					男・女		年 月 日生（ 歳 箇月）		
	自宅住所	〒 —							
	自宅電話番号		（ ）		自宅FAX番号		（ ）		
	児童の兄弟姉妹		歳（男・女）		歳（男・女）		歳（男・女）		
	通園施設名		保育所・幼稚園・小学校				電話：（ ）		
かかりつけ医		医院・病院							
保護者・緊急連絡先	氏名	（ 歳）			続柄	父・母・その他（ ）			
	氏名	（ 歳）			続柄	父・母・その他（ ）			
	父	勤務先： 職種：			携帯	父： — —			
		電話：（ ）				母： — —			
母	勤務先： 職種：			Eメール					
	電話：（ ）				アドレス				
出産・出生時の異常		無 / 有（ ）			発育・発達		ふつう・気になる・わからない		
予 防 接 種 *これまでに接種したものに○をつけてください。									
BCG		未 / 済		MR（麻しん・風しん）		未 / 済（1期・2期）			
四種混合		未 / 済（1回・2回・3回・追加）							
三種混合		未 / 済（1回・2回・3回・追加）							
生ポリオ		未 / 済（1回・2回）			不活化ポリオ		未 / 済（1回・2回・3回・4回）		
Hib		未 / 済（1回・2回・3回・追加）			肺炎球菌		未 / 済（1回・2回・3回・追加）		
おたふくかぜ		未 / 済		水痘		未 / 済		その他	
これまでにかった主な病気 *かかった病気に○をつけてください。									
①突発性発疹 ②はしか ③風疹 ④水ぼうそう ⑤おたふくかぜ ⑥熱性けいれん（回数 回：最後はいつ 年 月 日⇒座薬の指示 無 / 有） ⑦アトピー性皮膚炎（継続治療中・悪化時治療のみ） ⑧ぜん息及びぜん息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ） ⑨その他（ ）									
入院したこと		ない・ある（病名： 歳 箇月）		（病名： 歳 箇月）		（病名： 歳 箇月）		（病名： 歳 箇月）	
常時服用している薬		ない・ある（具体的に： ）							
食事制限		ない・ある（具体的に： ）							
その他	体質（薬物アレルギー等）や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。								
	（健康保険被保険者番号）記号		番号			（保険者番号）			

※次の太枠には、記入しないでください。

利用負担金	徴収・免除・減額（ %）	受付日	. .	処理	. .
-------	--------------	-----	-----	----	-----