

串間市病児保育事業利用登録申請書

登録番号

串間市長 様

年 月 日

住所
申請者氏名 印
電話番号

病児保育事業の利用について、次のとおり登録申請します。

ふりがな 児童氏名	生年月日	性別	申請者との 続柄	保育所等の名称
	年 月 日 (歳 ヶ月)	男 女		
保護者名	自宅・携帯電話番号	緊急連絡先 (勤務先)	緊急連絡先(勤務先) 電話番号	
父				
母				
加入医療保険	記号	保険者名	保険者番号	
	番号			
かかりつけ 医療機関等	病院名	担当医師名	電話番号	
既往歴 ※これまでにかか った病気に○	1. 喘息 内服⇒ 毎日・発作時・無 吸入⇒ 毎日・発作時・無 2. 熱性けいれん 初回 歳 最後は 歳 これまでに 回 3. 麻しん(はしか) 4. 風しん(三日はしか) 5. 水痘(みずぼうそう) 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. 百日咳 8. 結核 9. B型肝炎(キャリアーを含む) 10. アトピー性皮膚炎 11. 心疾患 12. その他(具体的に)⇒			
アレルギー体質の 有無	1. 食物アレルギー ミルク・卵・鶏肉・牛肉・そば・大豆・その他 2. 有 ⇒(詳細に) 3. 無			
予防接種 ※これまで受けた ものに○	1. B.C.G 2. ポリオ 3. 麻しん(はしか) 4. 日本脳炎 5. 風疹(三日はしか) 6. 三種混合 7. 水痘(みずぼうそう) 8. 二種混合 9. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 10. インフルエンザ 11. その他⇒			
児童に対する 留意点	くせなどの心配ごと、配慮してほしいことなど具体的にお書きください。			

利用者負担額の決定に必要な生活保護受給の確認及び住民基本台帳並びに市民税・県民税課税台帳を閲覧することに同意します。

保護者氏名

印