様式第　号

令和　　年　　月　　日

　　　　市（町）病児・病後児保育事業利用登録申請書

（宛先）　　　市（町）長

申請者（保護者）

〒 990 －

住　所　西村山郡朝日町

氏　名

　　市（町）病児・病後児保育事業の利用について、以下のとおり利用登録を申請します。

また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

⑴　記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録施設 |  | 登録番号※市(町)記入欄 |  |
| 登録児童 | 氏名 （ふりがな） | 生年月日・年齢 | 現在通っている施設名（保育園、小学校等） |
|  | 年　　月　　日生（　　歳　　か月） |  |
| かかりつけ医 | （　　　　　　　　　　　　）医院・病院（　　　　　　　　　）先生 |
| 新生児期 | 出産時の異常（ 有・無 ） | 発育・発達 | ふつう・少し遅れている・わからない |
| これまでにかかった主な感染症や病気　－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. アトピー性皮膚炎7. 熱性けいれん（回数　　回）（最後はいつ　　年　　月　　日）（座薬の指示　有　・　無 ）8. 喘息および喘息様気管支炎（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（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事制限 | ない　・　ある（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | 常時服薬している薬、体質（薬物アレルギー等）、くせなど心配なこと、配慮してほしいことを具体的にお書きください。 |
| 登録児童以外の同居家族 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業（勤務先名等） | 電話番号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　℡ |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　℡ |
| 生活保護の受給の有無 | 1. 受給している（　　年　　月から）　2. 受給していない |
| 中国残留邦人等支援給付の受給の有無（該当する方に○をつけてください） | 1. 受給している（　　年　　月から）2. 受給していない |

⑵　利用中は、実施施設の指示に従うこと。

※裏面もご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予防接種 | 四種混合 | 　第１期（１回　　２回　　３回）、第１期追加 |
| Ｈｉｂ(ヒブ) | 　第１期（１回　　２回　　３回）、第１期追加 |
| 麻疹・風疹(MR) | 　第１期　、　第２期　 |
| ＢＣＧ | 　受けた　・　受けていない |
| おたふくかぜ | 　１回　　２回　 |
| Ｂ型肝炎 | 　１回　　２回　　３回 |
| 肺炎球菌 | 　第１期（１回　　２回　　３回）、第１期追加 |
| 水　痘 | 　１回　　２回　 |
| 日本脳炎 | 　第１期初回（１回　　２回）、第１期追加 |
| ロタウイルス | 　１回　　２回　　(３回) |
| 【同意事項】子どもの容態が急激に悪化した場合などの緊急時には、医療機関での受診、治療、処置を行うことに同意します。緊急連絡先に連絡が取れない場合も同様です。令和　　年　　月　　日氏名（保護者）　　　　　　　　　　　　　 |

※　山形連携中枢都市圏以外に住所を有する児童の場合、保護者が市（町）内に勤務していることがわかる書類を添付してください。

※　登録時は、申請者の本人確認のため、運転免許証等の提示をお願いします。