

\_\_\_\_\_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。

- (1) 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。
- (2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

登録施設					登録番号 <small>※市(町)記入欄</small>	
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	TEL			
	氏名	続柄	TEL			
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 <small>(該当する方に○をつけてください)</small>	1. 受給している ( 年 月から) 2. 受給していない					

※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
	H i b (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
	B C G	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)
<p><b>【同意事項】</b>          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</p> <p style="text-align: right;">氏名（保護者）_____</p>		

※ 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。