

(利用希望する施設のある自治体名)

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)

〒

住 所

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 ※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	
これまでにかった主な感染症や病気 ーかかった病気に○をつけてくださいー					
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 (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			

※ 裏面もご記入ください。

予 防 接 種	五種混合（DPT-IPV-Hib）	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
	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）
	おたふくかぜ （任意接種）	1回 2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。