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）

〒　　－

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。

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。