

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。

- (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>【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</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。