

都留市病児・病後児保育事業利用登録書

年 月 日

都 留 市 長 様

保 護 者
(申請者)

住 所

氏 名

㊟

連 絡 先

※ 記名・押印に代えて署名することができます。

病児・病後児保育事業を利用するため、次のとおり登録を依頼します。

児童 に 関 す る こ と	(ふりがな) 氏名	性別 男・女	生年月日 年 月 日生 (歳 か月)
	住所 (〒 -)	電話番号 ()	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	通園・通学先	電話番号 ()	
保 護 者	緊急時連絡先(第1連絡者)		緊急時連絡先(第2連絡者)
	氏名 (続柄)		氏名 (続柄)
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	勤務先	名称	勤務先
	電話番号		電話番号
同 意 事 項	<p>子どもの健康管理に万全を期すため及び病児・病後児保育事業(以下「事業」という。)の円滑な運営に資するため、次の事項に同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 本事業に係る利用料を決定するため、私及び世帯員の住民基本台帳、市町村民税課税状況に関する情報を確認すること。 2 利用に際し、この申請書の写しを事業実施施設が取り扱うこと。 3 この申請書の記載内容と、事業の実施過程で各市町村及び事業実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、各市町村、各事業実施施設、関係医療機関の間で情報を提供すること。 4 別に定める各事業実施施設の規程に従うこと。 5 本申請は年度ごとに登録が必要になること。また、申請内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になること。 <p style="text-align: right;">保護者(申請者)氏名 ㊟</p>		

※都留市記入欄(記入しないで下さい。)

受付年月日	利用者負担額(保育料) *に係る階層区分の確認欄 <input type="checkbox"/> 第1階層に該当 <input type="checkbox"/> 第2階層に該当 *子ども・子育て支援法施行令(平成26年政令第213号)に基づき、国の定める階層区分に従うものとする。 <input type="checkbox"/> 上記以外
-------	--

(裏面)

病児・病後児保育を利用する児童の状況について、次の項目に記入してください。
(母子健康手帳や健康保険証の写しをもって代えることができます。)

○予防接種の記録

予防接種	BCG	年 月	1回目	年 月	おたふく	1回目	年 月		
	四種混合	1回目	年 月	ヒブ 初回	2回目	年 月	1回目	年 月	
	・ジフテリア	2回目	年 月		3回目	年 月	ロタ	2回目	年 月
	・百日咳	3回目	年 月	追加	1回目	年 月	ウイルス	3回目	年 月
	・破傷風		年 月		1回目	年 月	インフルエンザ		
	・ポリオ	1期追加	年 月	小児用 初回	2回目	年 月	歳		
	麻疹・風疹	1回目	年 月	肺炎	3回目	年 月			
	混合	2回目	年 月	球菌 追加	1回目	年 月			
		1回目	年 月	水痘	1回目	年 月	[] 年 月		
		2回目	年 月		2回目	年 月	その他 [] 年 月		
日本脳炎	1期追加	年 月		1回目	年 月	[] 年 月			
	2期	年 月	B型肝炎	2回目	年 月	[] 年 月			
		年 月		3回目	年 月	[] 年 月			

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

感染症歴	麻疹(はしか)	歳 月	おたふくかぜ	歳 月	[]	歳 月
	風疹	歳 月	百日咳	歳 月	その他 []	歳 月
	水ぼうそう	歳 月	突発性発疹	歳 月	[]	歳 月
	喘息	薬 毎日・発作時・無 吸入 毎日・発作時・無	熱性けいれん ()回	初回 歳 月 最近 歳 月	アトピー性 皮膚炎	内服薬 食事療法

○その他留意事項

その他	アレルギーの有無	無・有
	食物アレルギー	牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他()
	薬物アレルギー	種類等 ()
	※「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。	
	入院の経験	無・有 (歳 月 病名) 無・有 (歳 月 病名)
出生時の異常	無・有 ()	
発育・発達の状況	(ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない)	
平熱	℃	
その他心配なこと、配慮して欲しいこと、等について記入してください。		

○医療保険証及び乳幼児医療証

保険証等	医療保険証	種別		世帯主・加入者	
		記号番号		保険者名	
				有効期限	
	乳幼児医療証	負担者番号		受給者番号	