

病後児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

築上町長 殿

住所 築上町大字

申請者

氏名

印

次のとおり病後児保育事業利用登録をしたいので申請します。
利用者負担金の決定のため必要があるときは、築上町長が私の住民税の課税状況につき税務関係機関に報告を求めることについて同意します。

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------|-----------|---------|--------------|
| ふりがな 児童氏名 | 愛称 | 生年月日 年 月 日 (満 歳 か月) | 性別 男・女 | 申請者との続柄 | 在籍保育所・小学校の名称 |
| 通院病院 | 病院名 | 担当医師名 | | 施設電話 | |
| 既往歴 (これまでに かかった病 気 すべてに○) | 1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風疹(三日ばしか) 5. 咽頭結膜炎(プール熱) 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. ヘルパンギーナ 8. 百日咳 9. 手足口病 10. 感染性紅斑(リンゴ病) 11. 熱性けいれん 12. 川崎病 13. 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) 14. 結核 15. 喘息 16. アトピー性皮膚炎 17. 食物アレルギー(牛乳・卵・大豆・その他()) 18. 心臓病() 19. その他() | | | | |
| 出産時の状況 | 正常・異常() | | | | |
| アレルギー 体質の有無 | 有(詳細に)・無 | | | | |
| 予防接種 (これまでに 受けたもの すべてに○) | 1. B. C. G(結核) 2. 麻疹(はしか) 3. 風疹 4. MRワクチン(麻疹風疹混合) 5. 日本脳炎 6. 三種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風) 7. ポリオ 8. 水痘(水ぼうそう) 9. 四種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) 10. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 11. インフルエンザ 12. その他() | | | | |
| 児童に対する留意点 | | | | | |
| 保護者の 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 携帯等 | 勤務先等の名称 | 勤務先の電話 |
| 上記以外の 緊急連絡先 | | | | | |
| 世帯状況 | 1. 市内に住所を有する者のうち、生活保護世帯 2. 市内に住所を有する者のうち、所得税非課税世帯(1を除く) 3. その他の世帯 ※1~2に該当する世帯は、そのことを明らかにする書類等を添付してください。 | | | | |