第1号様式（第7条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

須賀川市病後児保育事業利用登録申込書

年　　月　　日

　　　　　　　　様

申込者　住　所

（保護者）

氏　名

　電話番号　　　　　（　　　　）

　須賀川市病後児保育事業の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生年月日 | 登録時の年齢 |
| 児童氏名 |  | 男 ・ 女 | 年　　月　　日 | 歳　　　か月 |
| 保育・就学状況（在籍施設名） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　　）　　　　　　　　 |
| 緊急連絡先※ | ふりがな氏　名 |  | 続柄 |  | 携帯電話 |  |
| 勤務先 |  | 勤務先電話 |  |
| ふりがな氏　名 |  | 続柄 |  | 携帯電話 |  |
| 勤務先 |  | 勤務先電話 |  |
| 緊急連絡先※以外の同居家族 | ふりがな氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先名 | 勤務先電話 |
|  |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |  | 年 　月　 日 |  |  |
|  |  | 年　 月 　日 |  |  |
|  |  | 年　 月　 日 |  |  |
|  |  | 年　 月 　日 |  |  |
| かかりつけ医 | 医療機関名、医師名等　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　　）　　　　　　　　 |

（裏面へ）

|  |  |
| --- | --- |
| 既往歴（○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、最終　　　年 　月　 日、座薬の指示　有 ・ 無 ）８　喘息及び喘息様気管支炎　無・有（ 薬 ：毎日・発作時のみ・服用なし）（吸入：毎日・発作時のみ・吸入なし）９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 過去の入院歴 | 無　・　有 | （病名：　　　　　　　　　　　/　　歳　　か月）（病名：　　　　　　　　　　　/　　歳　　か月） |
| 常時服用している薬 | 無　・　有　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー等食事制限 | 無　・　有　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予防接種 | 三種・四種混合 | 受けた（１期：１回　２回　３回　１期追加）・　受けてない |
| ヒブ | 受けた（１回　２回　３回　１期追加）・　受けてない |
| 肺炎球菌 | 受けた（１回　２回　３回　１期追加）・　受けてない |
| ＢＣＧ | 受けた ・ 受けてない | ポリオ | 受けた ・ 受けてない |
| 水ぼうそう | 受けた ・ 受けてない | ＭＲ（麻疹・風疹） | 受けた ・ 受けてない |
| おたふくかぜ | 受けた ・ 受けてない | 日本脳炎 | 受けた ・ 受けてない |
| ロタウィルス | 受けた ・ 受けてない | Ｂ型肝炎 | 受けた ・ 受けてない |
| その他 | 体質やアレルギー、成長・発達等の指摘を受けているか、心配なこと、配慮してほしいことをご記入ください。 |
| 同意事項 | １　本申込書の写しを病後児保育事業実施施設に提供すること。２　利用の際は、実施施設の指示を順守すること。３　容体急変等緊急の場合には、施設の診療を受けること。その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。４　実施施設は、細心の注意をもって保育を行いますが、保育室内で乳幼児又は児童同士の感染が起こった場合は、当該実施施設は責任を負いません。 |
|  |
| 世帯状況 | ①　生活保護世帯､市町村民税非課税世帯　　　②　その他の世帯　※①に該当する場合は、次の同意欄に署名ください。 |
| 同意欄 | ※病後児保育室の利用にあたり、使用料確認のため、私の世帯課税状況を調査することに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自署してください。 |