

坂町病児・病後児保育事業利用登録申請書【新規・継続】

令和 年 月 日

坂町長様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 (電話番号 ( ) )

坂町病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。  
 なお、記入した個人情報は、坂町及び実施施設で共有することを承認します。また、利用料の決定に  
 当たり私の世帯の課税状況等を確認されることに同意します。

児童に関する こと	(ふりがな) _____ (愛称) _____	性別	生年月日	年齢	
	氏名	男・女	年 月 日生	満 歳	
	通所(園)・通学先		電話番号 ( )		
	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)				
保護者	かかりつけの 病院等	名称 電話番号 ( )	主治医名		
	氏名 _____ (続柄) _____	氏名 _____ (続柄) _____			
	緊急連絡先(携帯番号)	緊急連絡先(携帯番号)			
	勤務先	名称 住所 電話	勤務先	名称 住所 電話	
生活保護の適用 なし・あり ( 年 月 日 保護開始)					
予防接種	(下線部を○で囲んでください) BCG 未・済    ポリオ 未・済    麻疹 未・済    風疹 未・済    日本脳炎 未・済 三種混合 未・1回・2回・3回・追加    インフルエンザワクチン 未・済 おたふく風邪(ムンプス) 未・済    水ぼうそう 未・済    その他 ( )				
感染症歴	(かかったことのある感染症を○で囲んでください) 麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ 熱性けいれん ・ てんかん ・ 喘息 ・ 突発性発疹 ・ その他かかりやすい病気 ( )				
アレルギー	食事 無・有 ( ) 食事制限の程度 ( ) 薬 無・有 ( ) 環境 無・有 (ダニ・ハウスダスト・動物・その他)				
その他	常時内服している薬	喘息・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、内服時間など具体気にお書きください。			
	保育する際の注意事項	保育する上で配慮してほしいことを記入してください。			

※病児保育室使用欄

登録料支払い	
--------	--