

病後児保育登録申込書

(宛先) 見 附 市 長

年 月 日

見附市病後児保育の登録を申し込みます。

登録 児童	(フリガナ) 氏 名	()	性別	生 年 月 日
	通園・通学校名	保育園・幼稚園・こども園 (歳児) 小学校 (年生)	男・女	年 月 日 (歳 ヶ月)
保 護 者	父:氏 名		勤務先	(電話)
	母:氏 名		勤務先	(電話)
	住 所		電話	
緊急連絡先		①電話 — —	連絡先名:	続柄:
		②電話 — —	連絡先名:	続柄:
かかりつけ医	病院・医院 (医師) 電話 — —			
予防接種 (受けたものに○をつけてください)	四種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ) 回 ・ BCG MR (麻疹・風疹) 1期 ・ MR (麻疹・風疹) 2期 ・ 日本脳炎 H i b ・ 小児肺炎球菌 ・ 水痘 ・ おたふくかぜ ・ B型肝炎 ロタウイルス ・ その他 ()			
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 (麻疹) 3 風疹 4 百日咳 5 おたふくかぜ 6 水ぼうそう 7 ジフテリア 8 B型肝炎 9 日本脳炎 10 熱性けいれん(回数 回) 最後はいつ?(年 月 日) (座薬指示 有・無) 11 アトピー性皮膚炎 (治療は <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 食事療法) 12 喘息および喘息様気管支炎 (<input type="checkbox"/> 継続治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ) 13 その他 ()			
入院したこと	ない・ある (病名:) (病名:)			歳 ヶ月) 歳 ヶ月)
常時服用している薬	ない・ある (具体的:)			
アレルギー	ない・ある (具体的:)			
その他 (体質、心配事や配慮してほしいことなど)				
確 認 欄	生活保護法に係る公的扶助の支給をされている <input type="checkbox"/> 該当する (下の欄もご記入ください) <input type="checkbox"/> 該当しない			
	保護者負担額審査のため、担当職員が私の世帯の生活保護法に係る公的扶助の支給に関する資料を閲覧及び確認することを <input type="checkbox"/> 承諾します <input type="checkbox"/> 承諾しません 申請者 (保護者) ㊟			

(以下は記入の必要はありません)

受付日	・	・	負担金	徴収・免除	
-----	---	---	-----	-------	--