様式第1号(第7条関係)

登録

大木町病児・病後児保育事業登録申請書

登録番号

大木町長　様

大木町病児・病後児保育事業実施要綱第7条第1項の規定により、施設の登録を申請いたします。

なお、利用者負担額の決定に際し、世帯状況、所得状況及び市町村民税の情報(同一世帯者を含む)について、住民基本台帳及び課税台帳並びに生活保護受給の確認の確認をされることに同意します。また、利用期間中は、施設の長の指示に従います。

年　月　日

保護者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設名【　　】

ふりがな 児童名		男 女	生年月日 年 齢	年　月　日生 歳　か月
自宅住所	郵便番号(　　－　　) 電話　　―　　―			
在籍施設	名称(　　) 小学校　幼稚園　保育園　保育所　認定こども園　その他(　　)			
かかりつけ医名	名称(　　) 電話　　―　　―			
緊急連絡先	①　　続柄(　　)電話　　―　　―			
	②　　続柄(　　)電話　　―　　―			

家族構成(対象児を除く)	ふりがな 氏名	続柄	勤務先名(通学先名・学年)・連絡先	施設までの所要時間

予防接種				
	インフルエンザ菌b型(Hib)	未・済(1期　1回　2回　3回　追加　)※五種混合の方はありません		
	小児肺炎球菌	未・済(1期　1回　2回　3回　追加　)		
	四種(五種)混合	未・済(1期　1回　2回　3回　1期追加　)※五種＝四種＋Hib		
	日本脳炎	未・済(1期　1回　2回　1期追加　2期　)		
	ロタウイルス	未・済(1回　2回　3回)	BCG	未・済
	B 型肝炎	未・済(1回　2回　3回)	その他	
	MR(麻疹・風疹)	未・済(1期　2期)		
	水痘(水ぼうそう)	未・済(1回　2回)		

既往歴	1 突発性発疹　2 麻疹(はしか)　3 風疹　4 水ぼうそう　5 おたふくかぜ　6 手足口病 7 りんご病　8 百日咳　9 咽頭結膜炎　10 ヘルパンギーナ　11 熱性けいれん　12 結核 13 じんましん　14 喘息　15 アトピー性皮膚炎　16 とびひ　17 その他(　　)
その他	けいれん、喘息、アレルギー、現在治療中の病気、入院歴、体質や癖、配慮してほしいこと等