

第1号様式(第9条関係)

成田市病児・病後児保育事業利用登録・変更登録申請書
(兼登録台帳)

※登録番号

—

年 月 日

(あて先)成田市長

申請者 住所
(保護者) 氏名

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。

ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
児童氏名		<input type="checkbox"/> 女		

同居親族等の状況	氏名	続柄	勤務・所属先名称等	緊急連絡先1：携帯電話番号等
				緊急連絡先2：勤務先等電話番号等

児童の所属	<input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 義務教育学校 <input type="checkbox"/> その他 ()
-------	--

健康保険	保険者番号	記号	番号
------	-------	----	----

かかりつけの医院名	
-----------	--

これまでの病気	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	これまでに 回 初回 歳 ヶ月, 直近 歳 ヶ月
	ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 毎日飲んでいる <input type="checkbox"/> 発作時だけ飲んでいる <input type="checkbox"/> 飲んでいない
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(治療方法: <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法)
	その他の病気 (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ある場合には、記載してください。
	入院したこと (具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ある場合には、記載してください。 【診断名】 (歳 ヶ月時) 治療内容等

裏面も記載してください。

事務記載欄 (記載不要です。)

	LY07	TY03
	利 免	利 免

常時服用する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>ぜんそく・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬がある場合には、具体的に記載してください。</small>	
	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因物質) アナフィラキシー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (年 月 歳時) 食事の制限の必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <small>保育中に心配なこと、配慮してほしいことがある場合には、具体的に記載してください。</small>	
その他		
予防接種時期等	<small>接種したことがある場合は、「受けた」を選択し、直近の接種回数を記載してください。病気にかかったことがある場合は、「かかったことがある」を選択し、直近のかかった時期を記載してください。</small>	
	H i b (ヒブ)	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	四種混合	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	三種混合	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	ポリオ	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	B C G	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	MR (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	水ぼうそう(水痘)	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 受けた(回) <input type="checkbox"/> かかったことがある(歳 カ月)
	その他()	

承 諾 書

利用料の決定及び利用登録のために、児童を養育する父母等及び同一世帯内の扶養義務者の
 市民税の課税状況について、公簿等により確認を求めると、また、下記の実施機関に対して
 市が本登録書登録内容を通知することに同意・承諾します

保護者氏名 _____



(記名押印に代えて署名することができます。)

公簿等により課税状況が確認できない場合には、証明する書類の提出をお願いします。

記

実施機関

病児保育室ゼフィルス	成田ナーシング保育室	めだか病児保育室
------------	------------	----------