

第1号様式(第9条関係)

※登録番号

**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)**

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	年 月 日		
児童氏名				<input type="checkbox"/> 女	月日	(歳 ケ月)		
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()		
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 カ月, 直近 歳 カ月					
	ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 飲んでいる	<input type="checkbox"/> 発作時だけ <input type="checkbox"/> 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】 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 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。	
その他	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 (具体的に)	
	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。	
予防接種時期等	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。	
	五種混合	<input type="checkbox"/> 受けた (回) <input type="checkbox"/> かかったことがある (歳 カ月)
	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)
	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)
	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ここと、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

(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

成田ナーシング保育室

めだか病児保育室