

河北町病後児保育事業利用登録申請書

(宛先) 河北町長

申請者 (保護者)

〒 _____
住 所 _____

氏 名 _____

河北町病後児保育事業の利用について、以下のとおり利用登録を申請します。
また、利用にあたっては、下記の事項を遵守します。

- (1) 記載事項に変更が生じた場合には、その旨を届け出ること。
- (2) 利用中は、実施施設の指示に従うこと。

登録施設				登録番号 <small>※市(町)記入欄</small>	
登録児童	氏名 (ふりがな)		生年月日・年齢		現在通っている施設名 (保育園、小学校等)
			年 月 日生 (歳 か月)		
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生			
	新生児期	出産時の異常 (有・無)	発育・発達	ふつう・少し遅れている・わからない	
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 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん (回数 回) (最後はいつ 年 月 日) (座薬の指示 有・無) 8. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他 ()					
入院したこと	ない ・ ある (具体的に:)				
食事制限	ない ・ ある (具体的に:)				
その他	常時服薬している薬、体質 (薬物アレルギー等)、くせなど心配なこと、配慮してほしいことを具体的にお書きください。				
登録児童以外の同居家族	氏名	続柄	生年月日	職業 (勤務先名等)	電話番号
緊急連絡先	氏名	続柄	Tel		
	氏名	続柄	Tel		
生活保護の受給の有無	1. 受給している (年 月から) 2. 受給していない				
中国残留邦人等支援給付の受給の有無 (該当する方に○をつけてください)	1. 受給している (年 月から) 2. 受給していない				

※裏面もご記入ください。

予防接種	四種混合	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	H i b (ヒブ)	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	麻疹・風疹(MR)	第1期、第2期
	B C G	受けた ・ 受けていない
	おたふくかぜ	1回 2回
	B型肝炎	1回 2回 3回
	肺炎球菌	第1期（1回 2回 3回）、第1期追加
	水痘	1回 2回
	日本脳炎	第1期初回（1回 2回）、第1期追加
	ロタウイルス	1回 2回 (3回)
<p>【同意事項】 子どもの容態が急激に悪化した場合などの緊急時には、医療機関での受診、治療、処置を行うことに同意します。緊急連絡先に連絡が取れない場合も同様です。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名（保護者）_____</p>		

- ※ 山形連携中枢都市圏以外に住所を有する児童の場合、保護者が町内に勤務していることがわかる書類を添付してください。
- ※ 登録時は、申請者の本人確認のため、運転免許証等の提示をお願いします。