

市川三郷町病児・病後児保育事業利用登録申請

年 月 日

(宛先) (〒 —)

市川三郷町長 様 保 護 者 住 所

(申請者) 氏 名

連絡先

病児(病後児)保育事業を利用するため、次のとおり登録を依頼します。

児 童 に 関 す る こ と	(ふりがな) 氏名		性別 男・女	生年月日 年 月 日生 (歳 か月)		
	住所 (〒 —)		電話番号 ()			
	☐ 申請者と同じ					
	通園・通学先		電話番号 ()			
保 護 者	かかりつけ病院等 名称		主治医名 電話番号 ()			
	緊急時連絡先(第1連絡者)			緊急時連絡先(第2連絡者)		
	氏名 (続柄)			氏名 (続柄)		
	☐ 申請者と同じ			☐ 申請者と同じ		
	勤 務 先	名 称	勤 務 先	名 称		
	電話番号		電話番号			
同 意 事 項	次に該当する場合は利用料の減免を受けることができます。※保育料決定通知書等を持参く、 ☐ 生活保護世帯 年 月 日保護開始 / ☐ 市町村民税非課税世帯 ださい。					
	子どもの健康管理に万全を期すため及び病児(病後児)保育事業(以下「事業」という。)の円滑な運営に資するため、次の事項に同意します。 1 本事業に係る利用料を決定するため、私及び世帯員の住民基本台帳、市町村民税課税状況に関する情報を確認すること。 2 利用に際し、この申請書の写しを事業実施施設が取り扱うこと。 3 この申請書の記載内容と、事業の実施過程で各市町村及び事業実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、各市町村、各事業実施施設、関係医療機関の間で情報を提供すること。 4 別に定める各事業実施施設の規程に従うこと。 5 本申請は年度ごとに登録が必要になること。また、申請内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になること。 保護者(申請者)氏名 ㊞					

※以下の項目は自治体記入欄です。(記入しないで下さい。)

利用負担額について、4月から8月は前年度市町村民税課税状況、9月から翌年3月までは当年度市町村民税課税状況で判断します。

町確認年月日	利用月	利用者負担額(保育料)に係る階層区分の確認欄
	4月～8月	☐ 第1階層(生活保護世帯・前年度市町村民税非課税世帯)に該当 ☐ 第2階層に該当 ☐ 第1・2階層以外
	9月～3月	☐ 第1階層(生活保護世帯・本年度市町村民税非課税世帯)に該当 ☐ 第2階層に該当 ☐ 第1・2階層以外

(別紙)

児童氏名

病児(病後児)保育を利用する児童の状況について、次の項目に記入してください。
(母子健康手帳や健康保険資格確認書等の写しをもって代えることができます。)

○予防接種の記録 (母子健康手帳の写しをもって代えることができます。)

予 防 接 種	B C G		年	月	1回目		年	月	おたふく	1回目	年	月				
	四種混合	1回目	年	月	ヒブ 初回	2回目	年	月	ロタ ウイルス	1回目	年	月				
	・ジフテリア	2回目	年	月		3回目	年	月		2回目	年	月				
	・百日咳	3回目	年	月	追加	1回目	年	月		3回目	年	月				
	・破傷風		年	月		1回目	年	月	インフルエンザ				歳			
	・ポリオ	1期追加	年	月	小児用 初回	2回目	年	月								
	麻疹・風疹	1回目	年	月	肺炎	3回目	年	月	そ の 他							
	混合	2回目	年	月	球菌 追加	1回目	年	月						[]	年	月
		1回目	年	月	水痘	1回目	年	月						[]	年	月
		2回目	年	月		2回目	年	月						[]	年	月
日本脳炎	1期追加	年	月	B型肝炎	1回目	年	月	[]						年	月	
					2回目	年	月	[]						年	月	
	2期	年	月		3回目	年	月	[]						年	月	

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

感 染 症 歴	麻疹(はしか)	歳	か月	おたふくかぜ	歳	か月	[]	歳	か月
	風疹	歳	か月	百日咳	歳	か月	その他 []	歳	か月
	水ぼうそう	歳	か月	突発性発疹	歳	か月	[]	歳	か月
	喘息	薬 毎日・発作時・無 吸入 毎日・発作時・無		熱性けいれん ()回	初回 歳 最近 歳	か月 か月	アトピー性 皮膚炎	内服薬 食事療法	

○その他留意事項

そ の 他	アレルギーの有無	無 ・ 有	
	食物アレルギー	牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他 ()	
	薬物アレルギー	種類等 ()	
	入院の経験	無・有 (歳 か月 病名)	
		無・有 (歳 か月 病名)	
そ の 他	出生時の異常	無・有 ()	
	発育・発達の状況	(ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない)	
	平熱	℃	
そ の 他	その他心配なこと、配慮して欲しいこと、等について記入してください。		

○加入医療保険及び医療費助成金受給資格者証

加 入 医 療 保 険 等	加入医療保 険	種別		世帯主・加入者	
		記号 番号		保険者名	
				有効期限	
	医療費助成 金受給資格 者証	負担者 番号		受給者番号	