

登録(台帳)番号

蕪崎市病児・病後児保育所利用登録届

年 月 日

(〒 ー)

(宛先)蕪崎市長

保護者
(申請者)

住所
氏名
連絡先

病児・病後児保育所の利用登録について、次のとおり申し込みます。申請者の世帯の状況に記載されている者は、市町村民税課税状況等について、蕪崎市病児・病後児保育所条例に基づく事務手続きを処理するために限り、課税台帳の閲覧及び地方税関係情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第2に規定する地方税関係情報をいう。)について取得することに同意します。

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 (〒 ー)		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) ☐ 申請者と同じ			氏名 (続柄) ☐ 申請者と同じ		
	勤務先	名 称 電話番号	勤務先	名 称 電話番号		
※以下に該当する場合は、 ☒ をしてください。 ☐ 生活保護世帯に該当 (年 月 日 保護開始) ☐ 市町村民税非課税世帯に該当						
申請者世帯の状況(必ず本人が自署すること。)						
氏名		続柄	生年月日	性別	職業	個人番号
		本人		男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		

申請者の世帯状況については、同意書を兼ねているため、必ず本人が自署してください。代理人が署名する場合は、本人からの委任状(様式は問いません。)を取得し、添付してください。乳幼児等、本人の自署が困難な場合は、法定代理人等が代筆し、備考欄に代筆者の氏名と関係を記入してください。

※以下の項目は自治体記入欄です。(記入しないで下さい。)

受付年月日	利用者負担額(保育料)※に係る階層区分の確認欄 ☐ 第1階層に該当 *子ども・子育て支援法施行令(平成26年政令第213号)に基づき、国の定める階層区分に従うものとする。 ☐ 第2階層に該当 ☐ A ☐ B ☐ 上記以外 ☐ C ☐ D 有効期限 : 令和5年8月31日まで
受付年月日	利用者負担額(保育料)※に係る階層区分の確認欄 ☐ 第1階層に該当 *子ども・子育て支援法施行令(平成26年政令第213号)に基づき、国の定める階層区分に従うものとする。 ☐ 第2階層に該当 ☐ A ☐ B ☐ 上記以外 ☐ C ☐ D 有効期限 : 令和6年3月31日まで

※添付書類 別紙のとおり

児童氏名

病児・病後児保育所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証の写しをもって代えることができます。)

○予防接種の記録

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	1回目			年	月		
	・ジフテリア	2回目	年	月		3回目	年	月	ロタ ウイルス	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							
	混合	2回目	年	月	球菌	追加	1回目	年	月							
		1回目	年	月	水痘	1回目	年	月	そ の 他			[]	年	月		
		2回目	年	月		2回目	年	月				[]	年	月		
日本脳炎	1期追加	年	月		1回目	年	月	[]				年	月			
				B型肝炎	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 吸入	毎日・発作時・無 毎日・発作時・無	熱性けいれん ()回	初回 最近	歳 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（									
	※「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。										
	入院の経験	無 ・ 有（ 歳 か月 病名									
		無 ・ 有（ 歳 か月 病名									
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受給者証

加入医療 保険	種別		被保険者名	
	記号・番号		保険者名	
			有効期限	
医療費助成 受給者証	公費負担 番号		受給者番号	