

病児・病後児保育利用登録申請書

身延町長 様

申請者
氏名 _____ ㊟

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。
利用料決定のため、生活保護受給の確認及び町民税課税状況を関係機関に照会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					
	住所 (〒 _____)		電話番号 (_____)						
	通園・通学先等		電話番号 (_____)						
	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)								
	かかりつけ病院等 名称 _____ 主治医名 _____ 所在地 _____ 電話番号 (_____)								
保護者	氏名 (続柄 _____)		氏名 (続柄 _____)						
	勤務先	名称 _____		名称 _____					
		所在地 _____		所在地 _____					
電話 _____		電話 _____							
予防接種	BCG	年 月	麻疹 (はしか)	1回目	年 月	風疹	1回目	年 月	
	インフルエンザ	歳		2回目	年 月		2回目	年 月	
	三種混合	1期 1回目	年 月	四種混合	1期 1回目	年 月	ポリオ (生ワクチン)	1回目	年 月
		1期 2回目	年 月		1期 2回目	年 月		2回目	年 月
		1期 3回目	年 月		1期 3回目	年 月	日本脳炎	1回目	年 月
		1期 追加	年 月		1期 追加	年 月		2回目	年 月
	ヒブ	1回目	年 月	小児用肺炎球菌	1回目	年 月	その他	追加	年 月
2回目		年 月	2回目		年 月			年 月	
3回目		年 月	3回目		年 月			年 月	
4回目		年 月	4回目		年 月			年 月	
おたふくかぜ	年 月	水ぼうそう	年 月				年 月		
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		
その他	喘息	薬 毎日・発作時・無 吸入 毎日・発作時・無	熱性けいれん	初回 歳 か月 (_____)回 最近 歳 か月	アトピー性皮膚炎			内服薬 食事療法	
	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(心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)								

※申請日が1～3月の時は前々年、4～12月の時は前年の1月1日時点において身延町外に住所を有していた方で、前年度分の市町村民税非課税世帯に該当する方は、市町村民税非課税証明書を添付してください。