

登録番号	
------	--

病児保育事業利用登録書

年 月 日

時津町長 様

申請者 住所：時津町 郷 番地  
 (保護者) 氏名：  
 電話番号： — —

次のとおり、病児保育事業を利用したいので登録を申請します。  
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。  
 また、内容の審査にあたり、世帯全員の市町村民税の課税状況について、調査確認を行うことに承諾します。

ふりがな				男・女	年 月 日生
お子さまの名前					( 歳 ヶ月)
在園保育所等名	施設名： 住所： TEL — —				
ふりがな 保護者氏名			家族 構成	父・母・祖父・祖母 兄弟姉妹( )人	
住所	〒 — 時津町 郷 番地			TEL — —	
父母の 勤務先	父：		TEL — —		
	母：		TEL — —		
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	市町村民税	
			・ ・	課税・非課税	所得割課税額
			・ ・	課税・非課税	円
			・ ・	課税・非課税	円
			・ ・	課税・非課税	円
			・ ・	課税・非課税	円
通院医療機関名	TEL — — 担当医師名( )				
加入医療保険	国保・社保・共済・その他( ) 記号( ) 番号( )				
乳幼児福祉医療受給者番号					

予防接種歴	<input type="checkbox"/> ヒブ： <input type="checkbox"/> （1, 2, 3, 追加） <input type="checkbox"/> 四種混合： <input type="checkbox"/> （1, 2, 3, 追加） <input type="checkbox"/> ロタウイルス： <input type="checkbox"/> （1, 2, 3） <input type="checkbox"/> 日本脳炎： <input type="checkbox"/> （1, 2, 追加） <input type="checkbox"/> MRワクチン（麻疹風疹混合） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> ※その他（ ）	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌： <input type="checkbox"/> （1, 2, 3, 追加） <input type="checkbox"/> B型肝炎： <input type="checkbox"/> （1, 2, 3） <input type="checkbox"/> インフルエンザ： <input type="checkbox"/> （1, 2） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）
アレルギー歴について（○を付けてください。） 1 気管支喘息 2 アトピー性皮膚炎 3 アレルギー性鼻炎 4 じんましん（原因 ）		家族歴について 5 食物アレルギー（ミルク、卵、その他： ） 6 その他のアレルギー （ ）
これまでにかかった主な感染症と病気について（かかった病気に○を付けてください。） 1 突然性発疹症 2 RSウイルス 3 溶連菌感染症 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 けいれん（熱：有・無） 7 その他（ ）		
ライフスタイルについて（あてはまるものに○を付け、必要なところをご記入ください。） <input type="checkbox"/> 普段の食事は（普通食・離乳食・ミルク） <input type="checkbox"/> 現在飲んでいるのは母乳 ミルク（品名： ） 混合（品名： ） ※母乳：1日（ ）回・不規則 1回（ ）分位 ※ミルク：1日（ ）回・不規則 1回（ ）cc <input type="checkbox"/> ミルク以外の食べ物（果汁、味噌汁、お粥等）を（与えている・与えていない） ※与えている食べ物（ ） <input type="checkbox"/> 何かくせ（おしゃぶり、指しゃぶり等）が（ある・ない） ※ある（ ） <input type="checkbox"/> 食べ物の好き嫌いが（ある・ない） ※好きな食べ物（ ） ※嫌いな食べ物（ ）		
お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください。		

※健康保険証（お子さまの分）の写しを添付してください。

<審査確認欄>

課税状況	市町村民税	課税・非課税
		円
判定結果		決定・却下
利用者負担額	日額	円・無料