

登録番号	
------	--

病児保育事業利用登録書

年 月 日

長 与 町 長 様

申請者 住 所：長与町 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)
所 属	施設名：		TEL	—	—
	学校名： 小学校 年		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	〒 — 長与町 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 円
			・ ・	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( )				

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（1価）： <input type="checkbox"/> （1, 2） <input type="checkbox"/> ロタウイルス（5価）： <input type="checkbox"/> （1, 2, 3） <input type="checkbox"/> 日本脳炎： <input type="checkbox"/> （1, 2, 追加, 2期） <input type="checkbox"/> MRワクチン（麻疹風疹混合）： <input type="checkbox"/> （1, 2） ※その他（	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌： <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"/> B C G： <input type="checkbox"/> （1） <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）： <input type="checkbox"/> （1, 2） <input type="checkbox"/> おたふくかぜ： <input type="checkbox"/> （1） ※接種済みのものに○を付けてください。       )
	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)	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、必要など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