

| | |
|------|--|
| 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： 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 |
| | | | ・ ・ | 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。 | | |

<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 |