

別 記

第1号様式（第10条関係）

白井市病児保育事業利用登録（変更）申込書

年 月 日

（宛先） 白井市長（実施施設経由）

申込者 (保護者)	氏名		児童との 続 柄	
	住所			

*登録番号
(この欄は記入不要です)

--

次のとおり、白井市病児保育事業の利用登録を申し込みます。
また、この申込書を実施施設で使用すること、白井市が申し込み内容について必要に応じて調査すること及び実施施設からの利用状況の報告を受けることに同意します。

児 童	ふりがな		性 別	生年月日	年 齢	
	氏 名		男・女	年 月 日	歳 月	
現在の 保育状況	(通所施設名)		(その他)			
保護者 連絡先	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)		
	自宅電話		自宅電話			
	勤務先	(名称)		(名称)		
		(電話)		(電話)		
	連絡先	(名称)		(名称)		
(携帯電話)			(携帯電話)			
(e-mail)			(e-mail)			
かかりつけ 医療機関	有	名称	所在地			
	無	主治医	電 話			
予防接種	BCG接種	受けた・受けていない	B型肝炎	受けた・受けていない		
	ロタ	第1回 受けた・受けていない	第2回 受けた・受けていない			
	ヒブ	受けた1期 1回 2回 3回・受けていない	2期 受けた・受けていない			
	肺炎球菌	初回 受けた 1回 2回 3回	追加 受けた・受けていない			
	4種混合	初回 受けた 1回 2回 3回	追加 受けた 1回 2回 3回			
	日本脳炎	基 礎 受けた・受けていない	追 加 受けた・受けていない			
	麻疹風しん混合 (MR)	1期 受けた・受けていない 2期 受けた・受けていない	水ぼうそう	受けた・受けていない		
感染症歴	これまでかかった病気に○をつけてください					
	1. はしか(麻疹)	2. 風疹	3. 水ぼうそう	4. おたふくかぜ		
その他の 病気	熱性けいれん	初回 歳 か月	最近 歳 か月	(過去 回程度)		
	喘 息	□薬を飲んでいる {□毎日 (□朝・□昼・□夕) ・ □発作時のみ}				
		□吸入をしている {□毎日 (□朝・□昼・□夕) ・ □発作時のみ}				
	アトピー性皮膚炎	□薬を飲んでいる		□食事療法をしている (除去食品)		
		□薬を塗っている		*食べてしまった時の症状 ()		
	上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか {□いいえ □はい (具体的に)}					
	頭を強く打ったことがありますか {□いいえ □はい (具体的に)}					
	入院したことがありますか {□いいえ □はい (具体的に)}					
	常時飲んでいる薬がありますか {□いいえ □はい (具体的に)}					
与薬後、発疹や異常が出たことがありますか {□いいえ □はい (具体的に)}						
その他の体質やアレルギー、癬などがありますか {□いいえ □はい (具体的に)}						

利用料の免除を受ける場合:利用料の免除の算定に必要な市の課税状況(同一世帯を含む。)を閲覧することに同意します。

署名

有効期限：申込日から1年経過した日
ただし、利用料の免除を受ける場合は、市の確認を受けたうえで右記の有効期限とする。

市記載欄	該当世帯	チェック欄	市確認
受付年月日	生活保護世帯		有効期限
	市民税非課税世帯		
	非該当		