

登録番号	
------	--

年度各務原市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

申請者（保護者等）

住所 〒 —

氏名

電話

各務原市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

なお、次に掲げる事項について同意します。

- （1）記入した個人情報を各務原市と病児・病後児保育実施施設で共有すること。
- （2）病児・病後児保育実施施設が必要に応じて通園・通学先、受診された医療機関等に児童の情報を確認すること。
- （3）3人以上の児童（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）を扶養する多子世帯に該当する場合は、「多子世帯病児・病後児保育利用料無料化事業」の対象であることの確認のために、世帯全員の市税の納付状況を確認すること。

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名				(歳 か月)
保護者	父（氏名）	携帯電話		お子さんの愛称
	母（氏名）	携帯電話		
	住所（〒 — ） 自宅の電話 — —			
通園・通学施設等				
1. 保育所（園） 幼稚園 小学校 年生				
2. 通園・通学していない 3. その他（ ）				
かかりつけの医院・病院				
妊娠中の異常（なし・あり）				
出産時の異常（なし・あり）				
発達の異常（なし・あり）				

予 防 接 種	四種混合	未・接種途中・済	麻疹（はしか） 風しん	未・接種途中・済
	日本脳炎	未・接種途中・済	結核（BCG）	未・済
	H i b	未・接種途中・済	小児用肺炎球菌	未・接種途中・済
	水痘	未・接種途中・済	B型肝炎	未・接種途中・済
	ロタウイルス	未・接種途中・済	その他（ ）	未・接種途中・済
既 往 歴	1. 突発性発しん 2. はしか 3. 風しん 4. 水痘 5. おたふくかぜ 6. 百日咳 7. その他（ ）			
病 歴	今までの大きな病気	入院 なし・あり	病名： (歳 か月)	
		入院 なし・あり	病名： (歳 か月)	
	熱性けいれん	なし・あり	初回 (歳 か月) 最後 (歳 か月)	
		これまでに 回 座薬での処置 あり・なし		
	てんかん	なし・あり	(薬剤名)	
喘息	なし・あり	(薬剤名)		
アトピー性皮膚炎	なし・あり	(薬剤名)		
アレルギー	(○で囲んでください。)			
	(1) 薬アレルギー なし・あり (薬剤名 症状)			
	(2) 食物アレルギー なし・あり (食品名 症状)			
お 預 かり す る 際 の 注 意 事 項	心配なこと、配慮してほしいこと (具体的に記入してください。)			

備考欄

各務原市多子世帯病児・病後児保育 利用料無料化事業対象者確認用		
	児童名	生年月日
1		
2		
3		
4		
5		