様式第1号（第4条関係）

年　　月　　日

指定管理者　　　　　様

保護者　住所

氏名

（署名又は記名押印）

電話番号

浜田市病児・病後児保育室利用登録申込書兼児童台帳

浜田市病児・病後児保育室の利用についての登録を受けたいので、浜田市病児・病後児保育室条例第9条の規定により次のとおり申し込みます。

また、利用料金の算定に際して、指定管理者が私の世帯の市町村民税の課税状況等を市長に照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  児童等氏名 | | | 男  女 | 生年月日  年　　月　　日生（満　歳） | |
| 現在通っている保育所等の名称 | | | | 緊急連絡先 | |
| 登録期間　　　　　年　　月　　日から　　　　年3月31日まで | | | | | |
| 児童等の世帯状況（登録児童等以外を記入してください。） | | | | | |
| 続柄 | 氏名 | 生年月日 | | | 勤務先・保育所・学校等 |
|  |  | 年　月　日 | | |  |
|  |  | 年　月　日 | | |  |
|  |  | 年　月　日 | | |  |
|  |  | 年　月　日 | | |  |
|  |  | 年　月　日 | | |  |
|  |  | 年　月　日 | | |  |

認定欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村民税 | 所得割合算額 | 利用料金 |
| 課税　・　非課税 | 未満　・　以上 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童等の状況 | | | | |
| 予防接種の種類 | | | 受けた回数に〇をしてください | |
| ヒブ | | | 1回　2回　3回　追加 | |
| 小児肺炎球菌 | | | 1回　2回　3回　追加 | |
| Ｂ型肝炎 | | | 1回　2回　3回 | |
| ロタ | | | 1回　2回　3回 | |
| 四種混合  ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ | | | 1回　2回　3回　追加 | |
| ＢＣＧ | | | 1回 | |
| 麻しん（はしか）・風しん | | | 1回　2回 | |
| 水痘 | | | 1回　2回 | |
| 日本脳炎 | | | 1回　2回　追加 | |
| おたふくかぜ | | | 1回 | |
| これまでの病気（該当の□にチェックを入れてください。） | けいれん | | □ない　□ある（発熱あり）：過去　　回  □ある（発熱なし）：過去　　回  いつ頃（　　　　　　　　　　　　） | |
| 喘息・喘息様気管支炎 | | 毎日薬を　□飲む　□飲まない　□発作時だけ  毎日吸入療法を　□する　□しない　□発作時だけ | |
| アトピー性皮膚炎 | | □ない　□ある  治療法：□内服薬　□外用薬　□食事療法 | |
| その他の病気 | | 麻しん（はしか）　歳　ヵ月  風しん(三日はしか)　歳　ヵ月  おたふくかぜ　歳　ヵ月 | ・水ぼうそう　歳　ヵ月  ・りんご病　歳　ヵ月  ・手足口病　歳　ヵ月 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 入院歴 | | □ない　□ある：病名（　　　　）　歳　ヵ月  病名（　　　　）　歳　ヵ月 | |
| 常時服用  している薬 | | 喘息、アトピー性皮膚炎、けいれんなどで常時服用している薬があれば、具体的に記入してください。 | | |
| 食事 | | 食事制限の指示を主治医などから受けている場合は、具体的に記入してください。 | | |
| その他 | | 体質（薬物アレルギーなど）や癖など、心配なこと・配慮してほしいことを具体的に記入してください。 | | |