様式第１号（第９条関係）

病児・病後児保育事業登録(変更)申込書兼児童台帳

様

年　　月　　日

保護者氏名　　㊞

住所　　有田郡

電話

病児・病後児保育事業実施要綱第９条の規定により登録（変更）します。

なお､利用料決定に際して私の世帯の市町村民税の課税状況等を調査すること及び利用に際して町長が実施施設に児童台帳の写しを送付することに同意します。

ふりがな 対象児童氏名		性別	生年月日	年　　月　　日
		男・女	在籍園名等	
世帯員氏名 （ ）内は続柄	（　　）	（　　）	（　　）	
	（　　）	（　　）	（　　）	
緊急連絡先 電話番号	①	お迎えの予定時間	時　　分	
	②	お迎えをする人		
申込み期間	年　　月　　日　から　　年　３月３１日　迄			

お　子　さ　ん　の　状　況

予防接種について	四種混合	受けた（Ⅰ期　１回　２回　３回　Ⅰ期追加）・受けていない		
	五種混合	受けた（Ⅰ期　１回　２回　３回　Ⅰ期追加）・受けていない		
	麻疹風疹(MR)	受けた・受けていない		
	ＢＣＧ	受けた・受けていない	肺炎球菌	受けた・受けていない
	ヒブ(Hib)	受けた・受けていない	おたふく風邪	受けた・受けていない
	日本脳炎	受けた・受けていない	水ぼうそう	受けた・受けていない
これまでにかかった主な感染症と病気（かかったものに〇をつけてください。）	１.突発性発疹　２.麻疹(はしか)　３.風疹　４.水ぼうそう ５.おたふくかぜ　６.手足口病　７.りんご病　８.百日咳 ９.咽頭結膜炎　10.ヘルパンギーナ　11.じんましん　12.結核 13.とびひ　14.てんかん　15.心臓病　16.その他			

その他の症状	けいれん	無	有　発熱あり　過去　　回	発熱無し　過去　　回
	喘　息	無	有　毎日薬を　飲んでいる・飲んでいない・発作時のみ	
	アトピー性皮膚炎	無	有　治療法（　薬　・　食事療法）	
	入　院　歴	無	有　病名（　　）	
	その他気になる病気			
	常時服用している薬			
	その他（薬物アレルギーや癖等）			
	排　泄	ひとりで	特に心配なこと（配慮してほしいこと等）	
		手助け　（　　）		
		おむつ		
備 考				
変更した理由				

※市町村記入欄

Ａ、生活保護世帯　・　Ｂ、市町村民税非課税世帯　・　Ｃ、市町村民税課税世帯

利用料　（　０円　・　１，０００円　・　２，０００円　）