

第1号様式（第10条関係）

病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

蒲郡市長 様

保護者 住所
氏名 ⑩
電話番号
緊急連絡先（ ）

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

1 利用児童の家族の状況

ふりがな			性別	生 年 月 日	
児童名			男 ・ 女	年 月 日	
保護者及び家族の状況(利用児童は除く。)	氏 名	続 柄	生年月日	職業(勤務先)	備 考
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
現在の利用施設名	保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校（ 歳児 ・ 年生 ）				
健康保険証の種類及び番号					
同意書	病児・病後児保育利用料の免除決定のため、私及び私と同居している世帯員の保護等受給状況並びに前年度及び当該年度分の市民税課税状況を確認することに同意します。 年 月 日 氏名 ⑩				

2 主治医

科 目	医 療 機 関 名	担 当 医	電 話 番 号
内 科			
外 科			
その他()			

※市記入欄

年 齢	歳	利用料	日額 円
免 除	1 生活保護等有 開始(年 月 日) 廃止(年 月 日)	2 年度市民税非課税 母子世帯 ・ 父子世帯	

3 利用児童の健康状態 (該当する□にチェックし、必要事項を記入)

感染症歴 予=予防接種済 既=かかったこと がある場合	はしか (□予・□既 歳) 水ぼうそう (□予・□既 歳) おたふくかぜ (□予・□既 歳) 百日せき (□予・□既 歳) B型肝炎 (□予・□既 歳) その他 ()
これまで の傷病歴	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん：初回 歳 :最後は 歳 :これまでに 回 <input type="checkbox"/> 喘息(ぜんそく) 毎日薬を飲んで <input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 毎日吸入療法をして <input type="checkbox"/> いる ・ <input type="checkbox"/> いない ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ その他の病気・けが (先天的疾患、手術歴、入院歴などを具体的に記入)
アレルギー の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 症状 () アレルギー：□牛乳 □卵 □鶏肉 □牛肉 □そば □大豆 □魚介類 <input type="checkbox"/> その他 ()
常時内服薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的に記入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
注意事項	お子さんの普段の健康状態や性格、保育にあたって注意することなどを記入

4 利用施設連絡事項 (保護者は記入しないでください)

.....

.....

.....

.....