

年 月 日

蒲郡市長 様

保護者欄は児童手当の受給者の名前を記入してください。電話番号・連絡先は日中電話に出られる人の番号を記入してください。

保護者 住所  
氏名  
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。

なお、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。

1 利用児童の家族の状況

ふりがな				生 年 月 日		
児 童 名				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)	婚姻歴の有無	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						

新年度から利用を希望する人は、4月から通う予定の施設を記入

4月1日のクラス年齢/学年

子どもの保険証を見ながら記入します。保険者番号・記号・番号 の3項目を記入してください。

科 名	担 当 医	電 話 番 号
外 科		
その他( )		

★登録の受付はできますが実際に利用できるのは保育園に入園してからです。  
★登録が済んだら自宅に登録完了通知を送りますのでご確認ください。

※市記入欄

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

母子手帳を見ながら記入してください。

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）

<p>感染症歴</p> <p>予=予防接種済</p> <p>既=かかったことがある場合</p>	<p>はしか（□予・□既 歳）</p> <p>水ぼうそう（□予・□既 歳）</p> <p>おたふくかぜ（□予・□既 歳）</p> <p>百日せき（□予・□既 歳）</p> <p>B型肝炎（□予・□既 歳）</p> <p>その他（ )</p> <div data-bbox="895 347 1339 472" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>かかったことがある場合は、かかったときの年齢を記入します。</p> </div>				
<p>これまでの傷病歴</p>	<p><input type="checkbox"/> 熱性けいれん：初回 歳 ：最後は 歳 ：これまでに 回</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td data-bbox="399 577 651 667" style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 喘息（ぜんそく）</td> <td data-bbox="651 577 1444 667">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="399 667 651 757"><input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎</td> <td data-bbox="651 667 1444 757">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</td> </tr> </table> <p>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）</p>	<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
<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				
<p>アレルギーの有無</p>	<p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 → 症状（ )</p> <p style="margin-left: 40px;">アレルギー：□牛乳 □卵 □鶏肉 □牛肉 □そば □大豆 □魚介類</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ )</p>				
<p>常時内服薬</p>	<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有（ )</p>				
<p>注意事項</p>	<p>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</p> <div data-bbox="456 1585 1374 1720" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-left: 20px;"> <p>おひさまキッズに知っておいてほしいことを記入してください。特段ない場合は空欄で結構です。</p> </div>				

4 利用施設連絡事項（保護者は記入しないでください）

.....

.....

.....

.....