

登録番号	
------	--

紫波町病児保育事業利用登録申請書

紫波町病児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。なお、この登録申請書を実施施設で使用すること及び町が実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

年 月 日

紫波町長 鎌田 千市 殿

申請者(保護者) 住所
氏名

児童の氏名	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生				性別 男・女				
緊急連絡先	連絡先1		連絡先2							
	児童との関係	父・母・祖父・祖母・その他()			父・母・祖父・祖母・その他()					
	氏名									
	携帯電話番号等									
在園名又は在校名		種別	保育園・認定こども園・幼稚園・児童館・小学校・その他()							
		施設名								
かかりつけ病院名		電話番号 ()								
予防接種	摂取した期別を○で囲んで下さい。 ※ヒブ、4種混合または5種混合(ヒブ+4種混合)のどちらかを記入									
	ヒブ	1	2	3	4	BCG	1	/	/	/
	肺炎球菌	1	2	3	4	水痘	1	2	/	/
	B型肝炎	1	2	3	/	ロタウイルス	1	2	(3)	
	4種混合	1	2	3	4	日本脳炎	1	2	3	4
	5種混合	1	2	3	4	おたふくかぜ	1	2	/	/
	麻疹・風疹混合(MR)	1	2	/	/	インフルエンザ(今期)	1	2	/	/
既往歴	かかった病気等に○印をつけて下さい。(かかったことがない場合は、9に○をつけて下さい。) 1. 突発性発しん症 2. はしか 3. みずぼうそう 4. おたふくかぜ 5. 百日咳 6. 喘息 7. じんましん(原因) 8. 熱性けいれん (これまでに 回) (最後は 才 ヲ月の時) 9. なし(申請時現在)									
アレルギー	無・有(有の場合、該当品目等に○をつけて下さい。) 食物アレルギー: 卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他() その他のアレルギー: ()									
その他	お子さんの性格、体質や癖など、心配なことや配慮してほしいことがありましたらご記入ください。									
減免	下記に該当する方は、○印をつけてください。 生活保護世帯 ・ 町民税非課税世帯			1月1日時点(1~6月は前年、7~12月は本年)の住所に○印または市町村名を記入してください。 紫波町・その他() 所得課税証明書						

※紫波町記入欄(費用負担) 2,200円・0円