様式第1号（第8条関係）

　年　　月　　日

八重瀬町病児保育事業利用登録申請書

八重瀬町長　　殿

保護者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　印

病児保育事業の利用登録を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 男  　女 | 年　　月　　日生 | |
| 児童氏名 | |  | | | （　　　歳　　　月） | |
| 児童の状況 | | １（　　　　　）保育園、２（　　　　　）幼稚園、  ３（　　　　　）小学校（　）年生、4未就園児、５その他（　　　　　） | | | | | |
| 家庭の状況及び緊急連絡先 | | 氏　　　　　名 | 続柄 | 緊急連絡先 | | | 電　話　番　号 |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
| 健康保険被保険者番号 | | | 記号（　　　　　　　）、番号（　　　　　　　） | | | | |
| 被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 生活保護の有無 | | | 有・無（　　　　年　　月　　日　生活保護開始） | | | | |
| 【予防接種】ヒブ（未・１回・２回・３回・追加）、肺炎球菌（未・１回・２回・３回・追加）BCG（未・済み）、４種混合（未・１回・２回・３回・追加）、MR（未・Ⅰ期・Ⅱ期）日本脳炎（未・Ⅰ期（1・2・追加））、水痘（未・済み）、おたふくかぜ（未・済み） | | | | | | | |
| 【これまでにかかった病気があれば○印をつけて下さい】  1はしか　　　2風疹　　　3百日咳　　　4おたふくかぜ　　　5水痘　　　6手足口病  7突発性発疹　　8他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 【アレルギーについて】  1アトピー性皮膚炎：なし・あり　　　　2気管支喘息：なし・あり  3食物アレルギー：なし・あり（原因の食物：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 【定期で内服している薬】　　なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 【かかりつけ医】　なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |