

年度 美作市病児・病後児保育事業利用者登録申請書

--

以下の区分に該当する場合は必ず☑をして下さい

- 生活保護世帯 ひとり親家庭等医療費受給世帯
市町村民税非課税世帯 市外在住

年 月 日

生活保護世帯、ひとり親家庭等医療費受給世帯、市町村民税非課税世帯の方は利用料減免申請書も提出して下さい。

(ー)

申請者
(保護者)

住所 美作市

氏名

㊞

美作市病児・病後児保育事業実施要綱第5条の規定により、以下の者の利用者登録申請をします。申請にあたっては、申請内容について照会することと、実施機関が情報を保管することに同意します。

利用者	ふりがな		性別	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	通園・通学先			
	かかりつけ医			

食べられないもの (食物アレルギーなど)	
-------------------------	--

治療中の病気	なし	あり(病名)
--------	----	---------

既往歴	(該当するものに○をして下さい)		
	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 熱性けいれん 7. アトピー性皮膚炎 8. ぜんそく及び気管支炎		
	その他		

入院歴	なし	あり(病名)	歳のとき
-----	----	---------	------

予防接種	①BCG	回	②ヒブ	回	③小児肺炎球菌	回	④4種混合	回
	⑤MR	回	⑥水ぼうそう	回	⑦日本脳炎	回	⑧B型肝炎	回
	その他()							

その他	預かるときに注意してほしいことなど連絡事項を書いてください。
-----	--------------------------------

緊急時連絡先	利用者との続柄 ()	氏名		電話番号	—	—	
		勤務先	(会社名等)		電話番号	—	—
			(市外在住の方のみ勤務先住所を記載)	美作市			
	利用者との続柄 ()	氏名		電話番号	—	—	
		勤務先	(会社名等)		電話番号	—	—
			(市外在住の方のみ勤務先住所を記載)	美作市			