|  |  |
| --- | --- |
| 第1号様式(第9条関係) 成田市病児・病後児保育事業利用登録・変更登録申請書(兼登録台帳) | ※登録番号 |
| 　　　－ |
| 年　　月　　日　　(あて先)成田市長申請者 　 住所　　　　　　　　(保護者)　氏名　　　　　　　　　　　　㊞電話　　　　(　　　)　　　　　病児・病後児保育事業を利用したいので，次のとおり登録申請します。 |
| ふりがな児童氏名 | 　 | 男女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳　　ヵ月） |
| 　 |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 勤務先 | 緊急連絡先・電話番号 |
| 　 |  | 　 | 　 |
| 　 |  | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 児童の所属 | 保育園・幼稚園　　電話　　　－　　　－　　　　　　　　　　小学校・その他( 　 　　　 　)  |
| 健康保険 | 記号 | 番号 |
| 保険者番号 |
| かかりつけの医院名 | 電話　　　　　　　　　　　 |
| これまでの病気 | 熱性痙攣：初回　　歳　　ヵ月　　最後は　　歳　　ヵ月（これまでに　　回） |
| 喘息 | 毎日　薬を　飲んでいる・いない・発作時だけ |
| ｱﾄﾋﾟｰ性皮膚炎 | ない・ ある （治療は　 内服薬 ・ 食事療法 ） |
| その他の病気（具体的に） |  |
| 入院したこと | 【診断名】　　　　　　　　　　　　　　　（　　歳時）事務記載欄（記載不要です。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | LY07 | TY03 |
| 利　免 | 利　免 |

 |
| 裏面も記載してください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 常時服用している薬 | 喘息・アトピー性皮膚炎・痙攣等で常時内服している薬があれば，具体的にお書きください。(内服時間も) |
| そ の 他 | アレルギー： 特になし　・　ある　（原因物質　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　 　アナフィラキシー：　なし ・ ある (　 　　　年　　　月　　　日，　　　　　　　歳時)食事制限の必要：　なし　・　あり |
| 体質(薬物アレルギー等)や癖等心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 |
| 予　防　接　種　時　期　等 | 接種したものに 「○」をしてください。 | 直近に接種した時期，回数等を記載してください。 | 病気になった場合には，時期（○○歳○月等）を記載してください。 |
|  | ＢＣＧ |  |  |
|  | 　ヒブ　 |  |  |
|  | 　肺炎球菌　　 |  |  |
|  | 　Ｂ型肝炎　 |  |  |
|  | 　ロタウイルス　　 |  |  |
|  | 　四種混合　 |  |  |
|  | 　三種混合　 |  |  |
|  | 　ポリオ　　　 |  |  |
|  | 　ＭＲ（麻疹・風疹）　　　 |  |  |
|  | 　おたふくかぜ　　 |  |  |
|  | 　水ぼうそう（水痘） |  |  |
|  | 　日本脳炎　　　　 |  |  |
|  | 　インフルエンザ　 |  |  |
|  | 　その他　　　　　 |  |  |
| 実施機関の選択記載確認□□ |
| 事業の利用を希望する実施機関すべてに○をしてください。 |
| （　　）病児保育室ゼフィルス　　（　　）成田ナーシング保育室　　（　　）めだか病児保育室 |
| 承諾書利用料の決定及び利用登録のために，児童を養育する父母等及び同一世帯内の扶養義務者の市民税の課税状況について，公簿等により確認を求めること，また，利用を希望する実施機関に対して市が本登録書登録内容を通知することに同意・承諾します。保護者氏名　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印に代えて署名することができます。）公簿等により課税状況が確認できない場合には，証明する書類の提出をお願いします。 |