裏面も記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  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 | | |  | | | | | | | | □ | | 男 | | 生年  月日 | | | |  | | | | | 年 | |  | | | | | | 月 | | | |  | | 日 |
| 児童氏名 | | |  | | | | | | | | □ | | 女 | | （ | |  | | | | | 歳 | | | | | |  | | | | | ヶ月） | |
| 同居親族等の状況 | 氏名 | | | | 続柄 | 勤務・所属先名称等 | | | | | | | | | | 緊急連絡先1：携帯電話番号等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先2：勤務先等電話番号等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 児童の所属 | | | | |  | | | |  | □保育所　 □幼稚園 　□認定こども園 □小学校　 □義務教育学校 □その他（　　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけの医院名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| これまでの病気 | | 熱性けいれん | | □ | なし | □ | あり | | | | | これまでに　　回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初回 　歳　 ヵ月，直近 　歳 　ヵ月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ぜんそく | | □ | なし | □ | あり | | | | | □ | | 毎日 | | | | | □ | 発作時だけ | | | | | | | | | | | □ | | | | 飲んでいない | | | |
| 飲んでいる | | | | | 飲んでいる | | | | | | | | | | |
| アトピー性皮膚炎 | | □ | なし | □ | あり | | | | | （治療方法： | | | | | | □ | | | | 内服薬 | | | | | |  | | □ | | | | 食事療法 ) | | | | |
| その他の病気 | | □ | なし | □ | あり | | | | | ある場合には，記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （具体的に） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入院したこと | | □ | なし | □ | あり | | | | | ある場合には，記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （具体的に） | | 【診断名】 | | | | | | | | | | | | | （ | | | | | |  | | | | 歳 | |  | | | | ヶ月時） | | | | | |
| 治療内容等 | | | | 事務記載欄（記載不要です。）   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | LY07 | TY03 | | 利　免 | 利　免 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常時服用する薬 | | □ | なし | □ | あり |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ぜんそく・アトピー性皮膚炎・けいれん等で常時内服している薬がある場合には，具体的に記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| そ の 他 | | アレルギー | | | |  | | □ | | なし | | | □ | あり | | | （ | 原因物質 | | | | |  | | | | | | | ） | |
| アナフィラキシー | | | |  | | □ | | なし | | | □ | あり | | | （ |  | | | 年 | |  | 月 |  | | 歳時 | ） |  |  | |
| 食事の制限の必要 | | | |  | | □ | | なし | | | □ | あり | | |  |  | | | | |  | | | | | | |  | |
| □ | なし | □ | あり |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育中に心配なこと，配慮してほしいことがある場合には，具体的に記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予　防　接　種　時　期　等 | | 接種したことがある場合は，「受けた」を選択し，直近の接種回数を記載してください。病気にかかったことがある場合は、「かかったことがある」を選択し，直近のかかった時期を記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ｈｉｂ(ヒブ) | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| 肺炎球菌 | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| 四種混合 | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| 三種混合 | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| ポリオ | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| ＢＣＧ | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| ＭＲ(麻しん・風しん) | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| 水ぼうそう(水痘) | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| 日本脳炎 | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| Ｂ型肝炎 | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| ロタウイルス | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| おたふくかぜ | | | | | | | | | □ | 受けた( | | |  | 回) | | | □ | | | かかったことがある（　 歳　カ月） | | | | | | | | | |
| その他( | |  | | | | | ) | |  |  | | |  |  | | |  | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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，下記の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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 実施機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 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 | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |