

## 病児(病後児)保育事業利用登録書

年 月 日

(〒 — )

鳴沢村長 様

保護者  
(申請者)

住所

氏名

連絡先

病児(病後児)保育事業を利用するため、次のとおり登録を依頼します。

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                  |                                             |  |      |  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|---------------------------------------------|--|------|--|
| 児童に関する<br>こと | (ふりがな)<br>氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            | 性別<br>男・女        | 生年月日<br>年 月 日生 ( 歳 か月)                      |  |      |  |
|              | 住所 (〒 — )                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            | 電話番号 ( )         |                                             |  |      |  |
|              | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                  |                                             |  |      |  |
|              | 通園・通学先                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            | 電話番号 ( )         |                                             |  |      |  |
| 保護者          | かかりつけ病院等<br>名称                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 主治医名<br>電話番号 ( ) |                                             |  |      |  |
|              | 緊急時連絡先(第1連絡者)                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                  | 緊急時連絡先(第2連絡者)                               |  |      |  |
|              | 氏名 (続柄 )<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                  | 氏名 (続柄 )<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ |  |      |  |
|              | 勤務先                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 名称         | 勤務先              | 名称                                          |  |      |  |
| 同意事項         | 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                  |                                             |  | 電話番号 |  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                  |                                             |  |      |  |
| 同意事項         | 子どもの健康管理に万全を期すため及び病児(病後児)保育事業(以下「事業」という。)の円滑な運営に資するため、次の事項に同意します。                                                                                                                                                                                                                                      |            |                  |                                             |  |      |  |
|              | 1 本事業に係る利用料を決定するため、私及び世帯員の住民基本台帳、市町村民税課税状況に関する情報を確認すること。<br>2 利用に際し、この申請書の写しを事業実施施設が取り扱うこと。<br>3 この申請書の記載内容と、事業の実施過程で各市町村及び事業実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、各市町村、各事業実施施設、関係医療機関の間で情報を提供すること。<br>4 別に定める各事業実施施設の規程に従うこと。<br>5 本申請は年度ごとに登録が必要になること。また、申請内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になること。 |            |                  |                                             |  |      |  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 保護者(申請者)氏名 |                  |                                             |  | 印    |  |

※以下の項目は自治体記入欄です。(記入しないで下さい。)

|       |                                                                                                                                                                                            |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受付年月日 | 利用者負担額(保育料) * に係る階層区分の確認欄<br><input type="checkbox"/> 第1階層に該当<br><input type="checkbox"/> 第2階層に該当<br><input type="checkbox"/> 上記以外<br>* 子ども・子育て支援法施行令(平成26年政令第213号)に基づき、国の定める階層区分に従うものとする。 |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※添付書類 別紙のとおり

(別紙)

児童氏名

病児(病後児)保育を利用する児童の状況について、次の項目に記入してください。  
(母子健康手帳や健康保険証の写しをもって代えることができます。)

○予防接種の記録

|                  |        |      |   |      |     |     |     |   |      |                                                                      |     |   |   |
|------------------|--------|------|---|------|-----|-----|-----|---|------|----------------------------------------------------------------------|-----|---|---|
| 予<br>防<br>接<br>種 | B C G  |      | 年 | 月    | 1回目 |     | 年   | 月 | おたふく | 1回目                                                                  | 年   | 月 |   |
|                  | 四種混合   | 1回目  | 年 | 月    | ヒブ  | 初回  | 2回目 | 年 | 月    | ロタ<br>ウイルス                                                           | 1回目 | 年 | 月 |
|                  | ・ジフテリア | 2回目  | 年 | 月    |     |     | 3回目 | 年 | 月    |                                                                      | 2回目 | 年 | 月 |
|                  | ・百日咳   | 3回目  | 年 | 月    |     | 追加  | 1回目 | 年 | 月    |                                                                      | 3回目 | 年 | 月 |
|                  | ・破傷風   |      | 年 | 月    | 小児用 | 初回  | 1回目 | 年 | 月    | インフルエンザ                                                              |     |   | 歳 |
|                  | ・ポリオ   | 1期追加 | 年 | 月    |     | 2回目 | 年   | 月 |      |                                                                      |     |   |   |
|                  | 麻疹・風疹  | 1回目  | 年 | 月    |     | 肺炎  | 3回目 | 年 | 月    |                                                                      |     |   |   |
|                  | 混合     | 2回目  | 年 | 月    | 球菌  | 追加  | 1回目 | 年 | 月    | [ ] 年 月<br>[ ] 年 月<br>そ の 他 [ ] 年 月<br>[ ] 年 月<br>[ ] 年 月<br>[ ] 年 月 |     |   |   |
|                  | 日本脳炎   | 1回目  | 年 | 月    | 水痘  | 1回目 | 年   | 月 |      |                                                                      |     |   |   |
|                  |        | 2回目  | 年 | 月    |     | 2回目 | 年   | 月 |      |                                                                      |     |   |   |
| 1期追加             |        | 年    | 月 | 1回目  |     | 年   | 月   |   |      |                                                                      |     |   |   |
| 2期               |        | 年    | 月 | B型肝炎 |     | 2回目 | 年   | 月 |      |                                                                      |     |   |   |
|                  |        |      |   | 3回目  | 年   | 月   |     |   |      |                                                                      |     |   |   |

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

|                  |         |         |                      |                |          |        |          |              |             |
|------------------|---------|---------|----------------------|----------------|----------|--------|----------|--------------|-------------|
| 感<br>染<br>症<br>歴 | 麻疹(はしか) | 歳       | か月                   | おたふくかぜ         | 歳        | か月     | [ ]      | 歳            | か月          |
|                  | 風疹      | 歳       | か月                   | 百日咳            | 歳        | か月     | その他 [ ]  | 歳            | か月          |
|                  | 水ぼうそう   | 歳       | か月                   | 突発性発疹          | 歳        | か月     | [ ]      | 歳            | か月          |
|                  | 喘息      | 薬<br>吸入 | 毎日・発作時・無<br>毎日・発作時・無 | 熱性けいれん<br>( )回 | 初回<br>最近 | 歳<br>歳 | か月<br>か月 | アトピー性<br>皮膚炎 | 内服薬<br>食事療法 |

○その他留意事項

その他

|                                   |                              |   |    |    |
|-----------------------------------|------------------------------|---|----|----|
| アレルギーの有無                          | 無 ・ 有                        |   |    |    |
| 食物アレルギー                           | 牛乳 ・ 卵 ・ そば ・ 大豆 ・ 小麦 ・ その他（ |   |    |    |
| 薬物アレルギー                           | 種類等（                         |   |    |    |
| ※「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。       |                              |   |    |    |
| 入院の経験                             | 無 ・ 有（                       | 歳 | か月 | 病名 |
|                                   | 無 ・ 有（                       | 歳 | か月 | 病名 |
| 出生時の異常                            | 無 ・ 有（                       |   |    |    |
| 発育・発達の状況                          | （ ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない ） |   |    |    |
| 平熱                                | ℃                            |   |    |    |
| その他心配なこと、配慮して欲しいこと、等について記入してください。 |                              |   |    |    |

○医療保険証及び乳幼児医療証

|                  |              |            |  |         |  |
|------------------|--------------|------------|--|---------|--|
| 保<br>険<br>証<br>等 | 医 療<br>保 険 証 | 種別         |  | 世帯主・加入者 |  |
|                  |              | 記号<br>番号   |  | 保険者名    |  |
|                  |              |            |  | 有効期限    |  |
|                  | 乳幼児<br>医療証   | 負担者<br>番 号 |  | 受給者番号   |  |