

河南町病後児保育事業利用登録申込書

年 月 日

河南町長 様

(保護者) 住 所 河南町 _____
氏 名 _____

年度河南町病後児保育事業の利用登録を以下のとおり申し込みます。

また、利用料算定のために必要な世帯の税情報及び住民基本台帳について、審査のために閲覧すること並びに事業実施施設に対し情報を提供することに同意します。

| | | | | |
|-----------------|--|-----|------|-------|
| ふりがな 児童氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | |
| 在園名 (施設名) | ※保育園等に入所している場合のみ | | | |
| 同居の 世帯員 | 続柄 | 氏 名 | 生年月日 | 連絡先 |
| | 父 | | | |
| | 母 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 利用登録を 希望する期間 | <input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 申請日 から 当該年度末日（3月31日） まで | | | |

<裏面もあります>

※登録する児童の状況について、記入してください。

| | | |
|-------|--|-----------|
| 予防接種 | Hib（インフルエンザ菌b型） | 未接種 ・ 接種済 |
| | 小児用肺炎球菌 | 未接種 ・ 接種済 |
| | B型肝炎 | 未接種 ・ 接種済 |
| | 四種混合 | 未接種 ・ 接種済 |
| | B C G | 未接種 ・ 接種済 |
| | 麻しん・風しん混合（MR） | 未接種 ・ 接種済 |
| | 水痘（水ぼうそう） | 未接種 ・ 接種済 |
| | 日本脳炎 | 未接種 ・ 接種済 |
| | ロタウイルス | 未接種 ・ 接種済 |
| 既往歴 | 突発性発疹 ・ 麻しん（はしか） ・ 水痘（水ぼうそう） 風しん ・ 百日咳 ・ 喘息 ・ おたふくかぜ ・ 自家中毒 肺炎 ・ 中耳炎 ・ 熱性けいれん ・ てんかん その他（ ） | |
| 入院歴 | 歳ごろ | 病名： |
| 薬 | 常時服用している薬： なし ・ あり（ ） 緊急時の座薬： なし ・ あり | |
| アレルギー | 食物アレルギー なし ・ あり（ ） ※ありの場合 緊急時に備えた処方薬： なし ・ 内服薬 ・ 自己注射薬エピペン® | |
| その他 | ※その他、児童の健康状態で伝えておきたいことがあれば記入してください | |