

近江八幡市乳幼児健康支援一時預かり預かり事業（病児保育）利用登録申請書

利用対象者は、病児・病後児保育事業の病児対応型（児童が病気の「回復期に至らない場合」であり、かつ、当面の症状の急変が認められない場合において、当該児童を病院、診療所、保育所等に付設された専用スペース又は本事業のための専用施設で一時的に保育）を希望される方。

お子さまの名前	(ふりがな)		生年月日 年 月 日 歳	
在籍保育所等名			☎ () - () - ()	
保護者氏名	(ふりがな)		自宅 ☎ () - () - ()	
住所	〒 -			
緊急連絡先	☎ () - () - () 父・母・その他 ()			
健康保険被保険者番号	記号	番号	被保険者番号	
利用料区分	生活保護世帯・市町村民税非課税世帯・市民税所得割額のない世帯 市民税所得割額48,600円未満世帯・その他の世帯			
予防接種	三種混合	受けた・受けていない (I期 1回 2回 3回 I期追加)		
	BCG	受けた・受けていない	ポリオ	受けた・受けていない
	はしか	受けた・受けていない	風疹	受けた・受けていない
	水ぼうそう	受けた・受けていない	おたふくかぜ	受けた・受けていない
	日本脳炎	受けた・受けていない	インフルエンザ	受けた・受けていない
これまでにかかった主な感染症と病気 (かかったものの番号に○をつけてください。)				
1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜炎 10 ヘルパンギーナ 11 熱性けいれん 12 じんましん 13 結核 14 喘息 15 アトピー性皮膚炎 16 とびひ 17 てんかん 18 心臓病 19 その他				
入院経験	無・有 (理由等:)			
アレルギー体質 薬のアレルギー	無・有 (理由等:) (食物: ミルク・卵・ソバ・大豆・ゼラチン・その他) 無・有 (理由等:)			
お子さまについて、ご心配なことがあれば、具体的にお書きください。				

上記のとおり、病児保育を利用したいので、登録を申請します。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

また、病状の変化により病児保育を中止し、必要に応じて医療を施すことを了承します。

年 月 日

保護者名 _____ 印

近江八幡市長 _____ 様