

30 年度登録番号:

国分寺市病児・病後児保育登録申請書

国分寺市長 殿

保護者住所

保護者氏名

印

国分寺市病児・病後児保育の登録について次のとおり申請します。

| | | | |
|----------------------------------|-----------|-----------|-------------------|
| ふりがな 児童名 | 性別 | 生年月日 | 今年度4月1日 現在の満年齢 |
| 愛称 () | 男・女 | 年 月 日 | 歳 |
| 日常の 保育先施設 | 電話 | () | |
| かかりつけの 医療機関 | 主治医名 | | |
| 保険証 記号 | 番号 | 保険者 番号 | |
| 乳幼児 医療証 番号 | 受給者 番号 | | |
| 日常の健康状態など (母子健康手帳などを参考に御記入ください。) | | | |
| ・食事について (食事制限の有無・好き嫌いなど) | | | |
| ・食物アレルギー □無 □有 □未検査のため不明 | | | |
| ※有的同学、以下の食物にレ点チェックをしてください。 | | | |
| □卵 □牛乳類 □小麦粉 □そば □ピーナッツ □大豆類 | | | |
| □甲殻類 □貝類 □軟体類 □魚卵 □魚類 □果物類 | | | |
| □その他 () | | | |

児童の状況

・既往症 (内服薬がある場合、大きな病気・けがの経験がある場合)

児童の状況

- ・今までに受けた予防接種
 - Hib □肺炎球菌 □4種混合 □BCG
 - 麻疹風疹 (MR) □水痘 □日本脳炎 □ロタウイルス
 - B型肝炎 □おたふくかぜ □その他 ()
- ・心配なこと、配慮してほしいこと (体質、くせ又は障害等)

保護者等の緊急連絡先

| 氏名 | 氏名の 続柄 | 連絡先 | 緊急連絡先 (勤務先等) |
|-------|-----------|-----|--------------|
| 自宅: | | 名称: | |
| 携帯電話: | | 電話: | |
| 自宅: | | 名称: | |
| 携帯電話: | | 電話: | |
| 自宅: | | 名称: | |
| 携帯電話: | | 電話: | |
| 自宅: | | 名称: | |
| 携帯電話: | | 電話: | |

※確実に連絡ができるようにしておいてください。

利用登録条件

- 1 子どもの健康管理に万全を期するため及びこの事業の円滑な運営に協力するため下記の各事項に同意します。
- 2 病児・病後児保育の利用者負担となる病児・病後児保育利用料を確認するため、国分寺市が公的扶助及び住民税に係る資料を閲覧し、情報を得ること。利用登録に際し、この申請書の写しを事業実施施設が取り扱うこと。
- 3 この申請書の記載内容と病児・病後児保育の実施過程で国分寺市及び実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理又はこの事業を円滑相互に運営するために必要な範囲で、国分寺市、各実施施設、関係医療機関の別に定める国分寺市病児・病後児保育事業実施規則の諸規定に従うこと。
- 4

保護者氏名

印

様式第7号(第16条関係)

年 月 日

国分寺市長 殿

住所 国分寺市

氏名

印

電話

病児・病後児保育利用料免除申請書

病児・病後児保育利用料の免除について下記のとおり申請します。

記

私の属する世帯は、

- 1 生活保護世帯に属するため
- 2 市民税非課税世帯に属するため
- 3 天災その他の災害を受けたため
- 4 失業その他の事情により、保育利用料の負担が困難であるため

年 月 日から 年 月 日までの間の国分寺市病児・病後児保育利用料相当額の免除を申請します。