

登録番号				
------	--	--	--	--

嘉麻市長 様

嘉麻市病後児保育利用者登録申請書

病後児保育を利用するに当たり、登録を受けたいので、嘉麻市病後児保育事業実施規程第8条第1項の規定により申請します。

なお、利用料の決定に必要な世帯員の課税状況等を関係機関にて閲覧することに同意します。

年 月 日

保護者住所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

自宅電話番号 \_\_\_\_\_

児 童	ふりがな				性別	年齢	愛称	
	氏名				男・女	歳 月		
	生年月日	年 月 日						
	通所している保育所(園)・幼稚園・小学校の名称							
家 族 状 況	氏名	続柄	年齢	性別	勤務先等	電話番号	携帯番号	備考
				男・女				
				男・女				
				男・女				
				男・女				
				男・女				
緊急連絡先 1		電話番号						
緊急連絡先 2		電話番号						
生活保護受給		1 受けている 2 受けていない		市町村民税非課税世帯		1 課税 2 非課税		
生 育 歴	妊娠中の異常 なし・あり ( )							
	出生時体重 ( g ) 出生時身長 ( cm )							
	児童の平熱 ( °C )							
	栄養法 (母乳・人工乳・混合)							
食 事 状 況	普通食 離乳食 (前期・中期・後期) ミルク							
	アレルギー等で制限している食品及び薬 なし・あり							
	※ある場合は、具体的に記入してください							
その他 ( )								

予 防 接 種	BCG	未	済	年 月			
	ポリオ	未	済	1回 ・ 2回			
	三種混合	未	済	初回（1回・2回・3回） ・ 追加			
	四種混合	未	済	初回（1回・2回・3回） ・ 追加			
	MR混合	未	済	第1期 ・ 第2期	麻疹（はしか）	未	済
					風疹	未	済
	日本脳炎	未	済	第1期（1回・2回） ・ 第1期追加			
	おたふくかぜ	未	済				
	みずぼうそう	未	済				
	ヒブ(Hib)	未	済	1回・2回・3回 1回追加			
	肺炎球菌	未	済	1回・2回・3回 1回追加			
	ロタウイルス	未	済	1回・2回・3回			
B型肝炎	未	済	1回・2回・3回				
既 往 症	突発性発疹 麻疹（はしか） 水痘（みずぼうそう） 風疹 百日咳 川崎病 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ヘルパンギーナ 手足口病 熱性けいれん 伝染性紅斑（りんご病） 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他（ ）						
	今までにかかった病気で注意すべきものについて記入してください。 （例：熱性けいれん、ぜんそく、心臓病等）必要ならば対処方法についても記入してください。						
	薬品について、アレルギー反応を起すなど注意が必要なものがある場合に記入してください。						
そ の 他	・ 性格  ・ くせ等			・ 好きな遊びやおもちゃ			
	お子様のことで心配なことがあれば、具体的にお書き下さい						

かかりつけの医療機関	小児科	医療機関名 電話番号	皮膚科	医療機関名 電話番号
	耳鼻科	医療機関名 電話番号	眼科	医療機関名 電話番号
	その他			
健康保険の種別		・社会保険 ・国民健康保険 ・共済保険 ( 共済組合) ・組合保険 ( 健康保険組合) ・その他 ( )		
健康保険の記号 番号等		記号	番号	保険者番号
乳幼児医療証		負担者番号 受給者番号		

病後児保育利用記録	利用期間		利用日数	病名
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		
	年 月 日	～ 年 月 日		

連絡事項
------