

登録番号

病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

(宛先) 津市長

(〒)

住 所

保護者 氏 名

電 話

※自署でない場合は押印が必要です。

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を受けたいので申請します。

ふりがな				男・女	年 月 日生
児 童 名				男・女	年 月 日生
通園中の施設名	(保育園、幼稚園、その他)				
生活保護法による保護の状況	1 受けている	2 受けていない	一人親家庭等の状況 (該当する場合)	1 母子家庭	2 父子家庭 3 その他
緊急連絡先	電話				
健康保険被保険者番号	記号	番号	被保険者番号	医療費受給資格証番号	
予 防 接 種	ポリオ：受けた（1回、2回、3回、追加）・受けていない BCG：受けた・受けていない 三種・四種混合：受けた（I期1回、2回、3回、I期追加）・受けていない MR：受けた（I期・II期）・受けていない 水痘：受けた（1回、2回）・受けていない 日本脳炎1期：受けた（1回、2回、追加）・受けていない Hibワクチン：受けた（1回、2回、3回、追加）・受けていない 小児用肺炎球菌ワクチン：受けた（1回、2回、3回、追加）・受けていない B型肝炎：受けた（1回、2回、3回）・受けていない おたふくかぜ：受けた（1回、2回）・受けていない ロタウイルス：受けた（1回、2回、3回）・受けていない 【小学生】二種混合：受けた・受けていない 【小学生】日本脳炎2期：受けた・受けていない				
既 往 症 (今までにかかった病気をすべてを○で囲んでください。)	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 百日せき	7 リンゴ病	8 手足口病	
	9 ヘルパンギーナ	10 咽頭結膜熱	11 結核	12 とびひ	
	13 熱性けいれん	14 ぜんそく	15 アトピー性皮膚炎	16 じんましん	
	17 食物アレルギー (卵、牛乳、大豆、そば、その他 ())				
	18 その他 ()				
そ の 他	※ 体質（食物アレルギー、薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあればお書きください。				