

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住所
 (保護者) 氏名
 連絡先

病児・病後児保育事業利用登録申請書

(登録申請は、子ども一人につき1枚必要です)

病児（病後児）保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

児童に関する こと	フリガナ 氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)	
	住所	〒 ー		電話番号 ()		
	通園・通学先	□ 申請者と同じ (記入不要)		電話番号 ()		
	かかりつけの 病院等	名称 主治医名 電話番号 ()				
保護者	緊急時連絡先 (第1連絡者)			緊急時連絡先 (第2連絡者)		
	氏名 (続柄) □ 申請者と同じ			氏名 (続柄) □ 申請者と同じ		
	勤務先	名称		勤務先	名称	
	電話番号 ()			電話番号 ()		
同意事項	<p>子どもの健康管理に万全を期すため及び病児・病後児保育事業（以下「事業」という。）の円滑な運営に資するため、次の事項に同意します。</p> <p>1 本事業に係る利用料を決定するため、私及び世帯員の住民基本台帳及び市町村民税課税状況に関する情報を確認すること。</p> <p>2 利用に際し、この申請書の写しを事業実施施設が取り扱うこと。</p> <p>3 この申請書の記載内容並びに事業の実施過程で市町村及び事業実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、市町村、事業実施施設及び関係医療機関の間で当該情報を提供すること。</p> <p>4 別に定める事業実施施設の規程に従うこと。</p> <p>5 本申請は年度ごとに登録が必要となること。また、申請内容に変更があった場合は、変更の届出が必要となること。</p> <p style="text-align: right;">申請者（保護者）氏名 ㊞</p>					

(裏面あり)

※市記入欄（記入しないでください。）

受付年月日	利用料階層区分	登録番号	利用料
	<input type="checkbox"/> A階層に該当（山梨県内に住所を有する市民税非課税世帯及び生活保護法による被保護世帯） <input type="checkbox"/> B階層に該当（甲斐市内に住所を有するA階層以外の世帯） <input type="checkbox"/> C階層に該当（A階層及びB階層以外の世帯）		

児童状況票

児童氏名 _____

病児（病後児）保育を利用する児童の状況について、次の項目に記入してください。

○予防接種の記録

予防接種	B C G	年	月	1回目	年	月	おたふく	1回目	年	月			
	四種混合	1回目	年	月	追加	2回目	年	月	1回目	年	月		
	・ジフテリア	2回目	年	月		3回目	年	月	ロタ	2回目	年	月	
	・百日咳	3回目	年	月		追加	1回目	年	月	ウイルス	3回目	年	月
	・破傷風		年	月			1回目	年	月	インフルエンザ			
	・ポリオ	1期追加	年	月	小児用	初回	2回目	年	月				
	麻疹・風疹	1回目	年	月	肺炎		3回目	年	月	[] 年 月			
	混合	2回目	年	月	球菌	追加	1回目	年	月				
		1回目	年	月	水痘		1回目	年	月	[] 年 月			
		2回目	年	月			2回目	年	月				
日本脳炎	1期追加	年	月			1回目	年	月	その他 [] 年 月				
	2期	年	月	B型肝炎		2回目	年	月					
						3回目	年	月	[] 年 月				

○過去にかかった感染症（既往歴）の状況

感染症歴	麻疹（はしか）	歳	か月	おたふくかぜ	歳	か月	[]	歳	か月
	風疹	歳	か月	百日咳	歳	か月	その他 []	歳	か月
	水ぼうそう	歳	か月	突発性発疹	歳	か月	[]	歳	か月
	喘息	薬 毎日・発作時・無吸入 毎日・発作時・無		熱性けいれん	初回 歳 か月	()回 最近 歳 か月	アトピー性皮膚炎	内服薬 食事療法	

○その他留意事項

その他	1. アレルギーの有無（有・無） 食物アレルギー：牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他（ ） 薬物アレルギー：種類等（ ） ※ 「アレルギー疾患生活管理指導表」を提出してください。
	2. 入院の経験（有・無） 病名（ 歳 か月時） 病名（ 歳 か月時）
	3. 出生時の異常（有・無） 症状（ ）
	4. 発育・発達の状況 状況（ふつう・少し遅れていると思う・わからない） 平熱 ℃
	5. その他心配なこと、配慮して欲しいこと等について記入してください。

○医療保険証及び子ども医療費助成金受給資格者証

保険証等	医療保険証	種別		世帯主・加入者	
		記号番号		保険者名	
					有効期限
	受給資格者証	負担者番号		受給者番号	