

上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業登録申込書

令和 年 月 日

（宛先）上越市長

申込者（保護者） 郵便番号 _____
 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり、上越市病児・病後児・送迎対応病児保育事業の登録を申し込みます。

乳幼児・児童		(フリガナ) 氏 名	生年月日 平成・令和 年 月 日	
		男・女	未満児・年少児・年中児・年長児 小学校（1・2・3・4・5・6）年生	
緊急連絡先	連絡先 1		連絡先 2	
	氏 名			
	続 柄	父・母・その他（ ）	父・母・その他（ ）	
	勤 務 先			
	勤務先電話	— —	— —	
	携 帯 電 話	— —	— —	
在学・在園名		保育園・幼稚園・小学校	電 話 — —	
かかりつけ医		病院・医院	電 話 — —	
利用する事業		登録する事業に <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください。※両方登録する場合、それぞれに付けてください。		
		<input type="checkbox"/> 病児保育事業 (わたぼうし保育室)	<input type="checkbox"/> 病後児保育事業 (がんぎ通り保育室)	
予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の回数に ○ を付けてください。			
	<input type="checkbox"/> 三種混合【1期1回 2回 3回 追加】	<input type="checkbox"/> 生ポリオ【1回 2回】	<input type="checkbox"/> 四種混合【1期1回 2回 3回 追加】	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ【1回 2回 3回 4回】
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合【1期 2期】	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう【1回 2回】	<input type="checkbox"/> 日本脳炎【1期1回 2回 追加】	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ【1回 2回】
	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン	
既 往 歴	これまでににかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の内容にコメント及び ○ を付けてください。			
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎			
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん【これまでに 回・最後は 年 月 日・座薬指示 有・無】			
	<input type="checkbox"/> ぜんそく又はぜんそく性気管支炎【継続治療中・悪化時治療】			
	<input type="checkbox"/> その他【 】			
入 院	入院経験がある場合、具体的にお書きください。			
	【病名：	歳	か月】	
	【病名：	歳	か月】	
薬	常用している薬がある場合、具体的にお書きください。			
そ の 他	食事制限（食物アレルギー）がある場合、具体的にお書きください。			
	体質（薬物アレルギー等）や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。			
承諾欄（被保護世帯の方のみご記入ください。）				
保護者負担額の審査のため、幼児保育課の職員が私の世帯の生活保護法に係る公的扶助の受給に関する資料を閲覧し、及び確認することを承諾します。				
申込者（保護者）				