

年 月 日

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。

児童の状況	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
			男・女	年 月 日	歳
	日常の 保育先施設	※学童, 幼稚園, 保育所等 電話 ( )			
	かかりつけの 医療機関	電話 ( )		主治医名	
	保険証	記号	番号	保険者 番号	
	乳・子 医療証	負担者 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未検査のため不明 ※有の場合、該当の食物にレ点チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳類 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 大豆類 <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> 貝類 <input type="checkbox"/> 軟体類 <input type="checkbox"/> 魚卵 <input type="checkbox"/> 魚類 <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> 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）
	・今までに受けた予防接種 <input type="checkbox"/> H i b <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> B C G <input type="checkbox"/> 麻疹風疹（MR） <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	・心配なこと、配慮してほしいこと（障害、体質、くせ等）

保護者等の緊急連絡先	ふりがな 氏名	児童との 続柄	連絡先	緊急連絡先（勤務先等）
				自宅： 携帯電話：
			自宅： 携帯電話：	名称： 電話：
			自宅： 携帯電話：	名称： 電話：
			自宅： 携帯電話：	名称： 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

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。

- 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。
- 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、関係医療機関の間で提供すること。
- 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。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_