様式第１号（第８条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登　録　番　号 |  |

**病児保育事業利用登録書**

　　令和　　　年　　　月　　　日

　長　与　町　長　　　様

申請者　　住　　　所　：　長与町

（保護者）　　氏　　　名　：

電話番号　：　　　　　　－　　　　　　　－

次のとおり、病児保育事業を利用したいので登録を申請します。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

また、内容の審査にあたり、世帯全員の市町村民税及び所得税の課税状況について、調査確認を行うことに承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | 男・女 | 年　　　月　　　日生（　　　歳　　　ケ月） |
| **お子さまの名前** |  |
| **在園保育所等名** | 施設名　：住　所　：　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| **ふりがな****保護者氏名** |  | **家　族****構　成** | 父・母・祖父・祖母兄弟姉妹（　　　）人 |
| **住　　　　所** | 〒　　長与町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| **父母の****勤務先** | 父：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 母：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| **世帯の状況** | **氏　　　　　名** | **続　柄** | **生年月日** | **市町村民税** | **所得税** |
|  |  | ・　・ | 課税・非課税 | 課税・非課税 |
|  |  | ・　・ | 課税・非課税 | 課税・非課税 |
|  |  | ・　・ | 課税・非課税 | 課税・非課税 |
|  |  | ・　・ | 課税・非課税 | 課税・非課税 |
|  |  | ・　・ | 課税・非課税 | 課税・非課税 |
|  |  | ・　・ | 課税・非課税 | 課税・非課税 |
| **通院医療機関名** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡担当医師名（　　　　　　　　　　　） |
| **加入医療保険** | 国　保　・　社　保　・　共　済　・　その他（　　　　　　　　　　　）　記号（　　　　　　　　　　　　）　　　番号（　　　　　　　　　　） |
| **乳幼児福祉医療受給者番号** |  |
| **予防接種歴** | 　○BCG　　：　　　　　　年　　　　月　○はしか風疹混合　　：　　　　　　年　　　　月　○風疹　　：　　　　　　年　　　　月　○水痘　　：　　　　　　年　　　　月　○日本脳炎　　：　　　　　　年　　　　月　○おたふくかぜ　　：　　　　　　年　　　　月※その他（ | ○三種混合　　：　１期１回目　：　　　年　　　　月２回目　：　　　年　　　　月３回目　：　　　年　　　　月１期追加　　：　　　年　　　　月○ポリオ 　　　　：　　　１回目　：　　　年　　　　月２回目　：　　　年　　　　月） |
| **アレルギー歴について（○を付けてください。）**１　気管支喘息　　　５　食物アレルギー（ミルク、卵、　　　２　アトピー性皮膚炎　　　　　その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　）　３　アレルギー性鼻炎　　　６　その他のアレルギー　４　じんましん　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **家族歴について**　・アレルギー　・結核　・その他　　（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **これまでにかかった主な感染症と病気について（かかった病気に○を付けてください。）**　１　　突然性発疹症　　２　　はしか　　３　　風疹　　４　　水ぼうそう　　５　　おたふくかぜ　６　　百日咳　　７　　けいれん（　熱　：　有　・　無　）　　８　　じんましん　　９　　結核　　１０　　ぜんそく　11　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **ライフスタイルについて（あてはまるものに○を付け、必要なところをご記入ください。）**　　○普段の食事は　　（　普通食　・　離乳食　・　ミルク　）　　○現在飲んでいるのは　　母　乳　　　　　　　　　　　　　　　　　 ミルク （　品名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　混　合 （　品名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※母　乳　：　１日（　　　　）回　・　不規則　１回（　　　　）分位※ミルク　：　１日（　　　　）回　・　不規則　１回（　　　　）cc　　○ミルク以外の食べ物　（　果汁、　味噌汁、　お粥等　）　を　（　与えている　・　与えていない　）※与えている食べ物　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　○何かくせ　（　おしゃぶり　、　指しゃぶり等　）　が　（　ある　・　ない　）※ある　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　○食べ物の好き嫌いが　（　ある　・　ない　）※好きな食べ物　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※嫌いな食べ物　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **お子さまについて心配なことがあれば具体的にお書きください。** |

**※健康保険証（お子さまの分）の写しを添付してください。**

**＜審査確認欄＞**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **課税状況** | **（１）　市町村民税** | 課　　　税　　・　　非　課　税 |
| **（２）　所得税** | 課　　　税　　・　　非　課　税 |
| **判定結果** | 決　　　定　　・　　却　　　下 |
| **利用者負担金** | 日　　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　・　　無　　　料 |