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 | |