様式第１号（第８関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | 20 |

紫波町病児保育事業利用登録申請書

紫波町病児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。 なお、この登録書を実施施設で使用すること及び町が実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

    年   月    日

　紫波町長　　　殿

申請者（保護者）  住　所

　　　　　　　　　　　　氏　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童の氏名 | ふりがな氏　名 | 生年月日　　　年　　月　　日生 | 性別男・女 |
| 緊急連絡先 |  | 連絡先１ | 連絡先２ |
| 児童との関係 | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・その他（　　） | 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・その他（　　　） |
| 氏　名 |  |  |
| 携帯電話番号等 |  |  |
| 在園名又は在校名 | 種別 | 保育園　・　認定こども園　・　幼稚園　・　児童館　・　小学校 |
| 施設名 |  |
| かかりつけ病院名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　） |
| 予　防　接　種 | 摂取した期別を○で囲んで下さい。 |
| ヒブ | １ | ２ | ３ | ４ | B型肝炎 | １ | ２ | ３ |  |
| 肺炎球菌 | １ | ２ | ３ | ４ | ロタウイルス | １ | ２ | 　 |  |
| 四種混合 | １ | ２ | ３ | ４ | 日本脳炎 | １ | ２ | ３ | ４ |
| BCG | １ |  |  |  | おたふくかぜ | １ | ２ |  |  |
| みずぼうそう | １ | ２ |  |  | インフルエンザ（今期） | １ | ２ |  |  |
| 麻疹・風疹混合(MR) | １ | ２ |  |  | 　 |
| 既往歴 | かかった病気等に○印をつけて下さい。（かかったことがない場合は、10に○をつけて下さい。）１．突発性発しん症   ２．はしか   ４．みずぼうそう     ５．おたふくかぜ６．百日咳　　　　　　　　 ７．喘息　　　　　 　　８．じんましん（原因　　　　　　 　　　　　　　）９. 熱性けいれん （これまでに 回） （最後は 才   ヵ月の時）　10．なし（申請時現在） |
| アレルギー | 無　・　有　（有の場合、該当品目等に○をつけて下さい。）　食物アレルギー：卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他（　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 | お子さんの性格、体質や癖など、心配なことや配慮してほしいことがありましたらご記入ください。 |
| 減免 | 下記に該当する方は、○印をつけて下さい。生活保護世帯 　・ 　町民税非課税世帯 | ※紫波町記入欄（費用負担）　　　　　2,200円　・　0円 |

課税状況等確認同意書（病児保育）

　紫波町病児保育事業利用に係る費用負担額の算定のため、教育部こども課職員が、私及び私と生計を一にする世帯に関する住民情報及び課税状況を住民基本台帳及び課税資料等で確認することに同意します。

年　　月　　日

紫波町長　様

住所：

申請者（保護者）氏名：　　　　　　　　　　印(記名押印または署名)