

江津市長 様

保護者 住所
氏名
連絡先

病児・病後児保育事業登録申込書兼児童台帳（ 年度）

病児・病後児保育事業を利用するため、次のとおり江津市病児・病後児保育事業実施要綱第10条の規定により申し込みます。

なお、利用決定に関して市が私の世帯の課税状況等を調査すること及び利用に関して市が実施施設に児童台帳の写しを送付することに同意します。

1 児童氏名 (ふりがな)		男女	2 生年月日 年 月 日生 (満 歳)	
個人番号				
3 現在通っている保育所等の名称			4 緊急連絡先氏名 () に TEL を記入 ① () ② ()	
5 登録期間 年 月 日から 年 月 日まで				
6 児童の世帯状況（登録児童以外を記入してください。）※個人番号は、収入のある方のみ記入して下さい				
続柄	氏名	生年月日	性別	①勤務先名②連絡先☎③個人番号
		年 月 日		① ② ③
		年 月 日		① ② ③
		年 月 日		① ② ③
		年 月 日		① ② ③
		年 月 日		① ② ③
認定欄（記入不要です。）				
市町村民税		生活保護		利用料
非課税・均等割のみ課税・所得割額 (円)		該当・非該当		(平日) 円 (土曜日) 円

(裏面へ)

予防接種について、接種状況に○印を記入して下さい。

ワクチン名	接種状況	ワクチン名	接種状況
ロタ	1回目 2回目 3回目 (ロタテックのみ)	水痘 (水ぼうそう)	1回目 2回目
インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回目 2回目 3回目 追加	麻しん・風しん (MR)	第1期 第2期
小児用肺炎球菌	1回目 2回目 3回目 追加	日本脳炎	1回目 2回目 3回目
B型肝炎 (HBV)	1回目 2回目 3回目	おたふくかぜ	1回目 2回目
4種混合 ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ	1回目 2回目 3回目 追加	BCG	接種済・未
		その他 (接種名と接種年月日を記入して下さい) ※インフルエンザは最近の接種歴を記入してください。	
5種混合 ジフテリア・百日咳 破傷風・ポリオ インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回目 2回目 3回目 追加		

該当する欄に☑印をして下さい。(該当される方は具体的に()内に記入をして下さい)	
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん	
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	最終けいれん _____ 年 _____ 月 過去に () 回あり 医師の指示および注意事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	食品名 <input type="checkbox"/> 鶏卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 乳・乳製品 <input type="checkbox"/> その他 () 医師の指示および注意事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎	現在治療中および注意事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用中の薬がある方は具体的に記入して下さい。 ()
<input type="checkbox"/> その他の病気 入院歴	病名を記入して下さい。(入院歴含む)
体質や癖で心配なこと 食事の配慮 その他配慮して欲しいこと <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> ある方は具体的に記入して下さい。