

登録番号	
------	--

酒田市病児・病後児保育事業登録(変更)申請書

年 月 日

酒 田 市 長 宛

申請者 住所
(保護者)

氏名

病児・病後児保育の利用について、下記の同意事項を承諾して次のとおり登録します。

ふりがな 児童氏名	男	生年月日		血液型	
	女	年 月 日	R h		型
愛称	(郵便番号 -)		(歳 箇月)		
住所	電話				
在籍施設等名	保育園・幼稚園・小学校 電話				
保護者 緊急連絡先	① 氏名	続柄		携帯電話番号	
	勤務先	配属		勤務先電話番号	
	② 氏名	続柄		携帯電話番号	
	勤務先	配属		勤務先電話番号	
かかりつけ医名	医療機関名、医師名等 電話				
予防接種	ヒブ	未・済 (回・追加)	肺炎球菌	未・済 (回・追加)	
	BCG	未・済	B型肝炎	未・済 (回)	
	四種混合	未・済 (回・追加)	ポリオ <small>(単独・不器用性)</small>	未・済 (回・追加)	
	麻しん・風しん	未・済 (1期・2期)	水痘	未・済 (回)	
	日本脳炎	未・済 (回・追加)	おたふくかぜ	未・済	
	その他				
既往歴	・突発性発疹 ・水痘 ・麻しん ・風しん ・おたふくかぜ ・手足口病 ・熱性けいれん ・ぜん息 ・アトピー性皮膚炎 ・突発性湿疹 ・その他 ()				
常時服用している薬	なし・あり 薬品名 ()				
アレルギー等食事制限	なし・あり (原因物質、食品名)				
その他	体質、くせ等配慮してほしいこと				
収入状況	1 生活保護受給世帯・市町村民税非課税世帯 2 市町村民税所得割課税額 48,600 円未満 3 その他				
同意事項	1 本申請書の写しを病児・病後児保育事業実施施設に提供すること。 2 利用に際しては施設の指示を遵守すること。 3 容体急変等緊急の場合には施設の診療を受けること。 その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。 4 実施施設は、細心の注意を払って保育を行うが、保育室内で児童同士の感染が起こった場合は、当該施設は責任を負わないこと。 5 給食の提供に対するアレルギー等の症状については、当該施設の責任を問わないこと。 6 収入状況について、市長が住民票記載事項、福祉事務所資料及び収入状況等を市の公簿で確認すること。				