

病児・病後児保育登録申請書

(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

(あて先) 加美町長 (病児・病後児保育実施施設長)

年 月 日

申請者氏名

ふりがな 児童氏名	男 女	愛称	生年月日 (歳 年 月 日生 (歳 か月)
住 所		TEL	
保育所等名		TEL	
世帯 の 状 況	父・氏名	勤務先	TEL 課税・非課税
	母・氏名	勤務先	TEL 課税・非課税
	同居家族 (氏名 続柄 課税・非課税)	(氏名 続柄 課税・非課税)	(氏名 続柄 課税・非課税)
	(氏名 続柄 課税・非課税)	(氏名 続柄 課税・非課税)	(氏名 続柄 課税・非課税)
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号
緊急連絡先	TEL		
家庭医	病・医院名 医師名	TEL	
生 育 歴	妊娠中の異常	なし・あり ()	
	出生時体重	(g)	
	出産は	(予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週)	
	出産時の異常	なし・あり ()	
首のすわり	(か月) おすわり (か月)	一人歩き (か月)	
栄養法	(母乳・人工・混合)		
離乳食開始時期	(前期: か月) (中期: か月) (後期: か月)		
	(幼児食: 歳 か月)		
人見知り	(か月)	母親の後追い (歳 か月)	
話し始め (意味のある言葉)	(歳 か月)		
既 往 歴	突発性発疹 麻しん (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳		
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病		
	熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹		
	その他 ()		
食 事	嫌いな食べ物 ()		
	アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソバ類	その他 ()	
そ の 他	注意事項		

※該当者のみ記入 (減免を受ける場合は、毎年申請が必要です。2年目以降は申請日及び太枠内のみご記入ください。)

下記の理由により加美町病児・病後児保育事業の 年 月から 年6月までの利用に係る利用料免除を申請します。(該当する項目に○をつけて、証明する書類を添付してください。)

- 1 生活保護受給世帯 (生活保護証明書を添付)
- 2 市町村民税非課税世帯 (市町村発行の世帯全員の非課税証明書を添付)

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

ポリオ（生ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ（単独・不活化ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
ヒブ（インフルエンザ菌b型）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
小児肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウィルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
五種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
BCG	未 ・ 済
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
おたふくかぜ	未 ・ 1回 ・ 2回