

枕崎市長 殿

病児・病後児保育事業利用登録申請書 (令和 年度)

ふりがな		性別	男・女	生年月日 (年齢)	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
児童氏名					
自宅	住所 (〒 -) 枕崎市	連絡先		(電話) (FAX)	
保護者	父	氏名 (歳)		緊急連絡先	(携帯電話等)
		勤務先		連絡先	(電話) (FAX)
	母	氏名 (歳)		緊急連絡先	(携帯電話等)
		勤務先		連絡先	(電話) (FAX)
保育所等	(電話)				
かかりつけ医	名称 (医師名) (電話)				

(利用者負担金認定に関する同意書)

<p>私及び私の世帯員の課税資料の閲覧及び写しを取ることに同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印 _____</p>

- 注 1 この申請書による事業の利用登録期間は、当該年度の末日までです。
 2 この申請書の内容に変更が生じた場合は、あらためて申請書を提出してください。
 3 事業の利用申込は、あらかじめ実施施設に利用の予約を行う必要があります。
 利用の予約後に利用申込書をかかりつけ医が発行する医師連絡票を添えて、
 実施施設の長に提出してください。

実施施設	市	認定欄
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D (市外)

再認定欄 (9月～)
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D (市外)

※ 予防接種の接種歴等について裏面に必ず記載願います。

児童の健康状態	1 入院経験 なし・あり 歳 か月	
	病名	
	2 ひきつけ・熱性けいれん なし・あり	
	3 常時内服している薬 なし・あり 【具体的】	
	4 アレルギー（食事・薬・環境） なし・あり 【具体的】	
予防接種歴	BCG	未 ・ 済
	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
	四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
	麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
	日本脳炎	未 ・ 第1期 ・ 1回 ・ 2回 ・ 第1期追加
	水ぼうそう	未 ・ 1回 ・ 2回
	ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
	肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
おたふくかぜ	未 ・ 済	
その他		
感染症歴	はしか	歳 か月
	水ぼうそう	歳 か月
	百日咳	歳 か月
	おたふくかぜ	歳 か月
	その他	
その他の病歴等	心配なことや配慮してほしいことがあればお書きください。	