

上尾市病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

(宛先)

上尾市長

保護者 住所

氏名

電話（自宅）

上尾市病児・病後児保育の利用登録を受けたいので、上尾市病児・病後児保育の実施に関する規則第12条第2項の規定により、次のとおり申請します。

なお、登録後に市職員が利用料の額の算定に必要な課税台帳その他の公簿等を確認し、その内容を実施施設に通知することについて、私は同意します。

児童氏名	フリガナ	男・女	愛称	
生年月日	年 月 日（ 歳 ヶ月）			
家庭の状況	父	氏名	勤務先名	
			勤務先の電話番号	
	母	氏名	勤務先名	
勤務先の電話番号				
	その他			
緊急連絡先	氏名： 児童との続柄： 電話番号： （勤務先・自宅・携帯） ※確実に連絡することができる電話番号を記入してください。			
児童が通っている施設等の名称	現在通っている保育所（園）・認定こども園・幼稚園・地域型保育施設等の名称 電話：			
	現在通っている小学校の名称 電話：			
健康保険	種類：	記号番号：		
主治医名	医療機関名、医師名等 電話：			

市処理欄

受付日：

登録番号：

※ この申請による登録の有効期限は、小学校の第3学年の年度の末日までです。

児童名

生 育 歴	妊娠中の異常： なし ・ あり () 出生時の体重： グラム 出産時期： 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 (月) おすわり (月) 一人歩き (月) 栄養法 母乳 ・ 人工 ・ 混合 離乳食摂取期間 (月～ 月) 人見知り (月) 母親の後追い (月) 初語 (歳 月)		
感 染 症 歴	・麻しん (はしか)： 歳 月 ・風しん： 歳 月 ・水痘 (水ぼうそう)： 歳 月 ・百日せき： 歳 月 ・おたふくかぜ： 歳 月 ・その他 (具体的に)：		
これまでに かかった主 な病気			
予 防 接 種 (接種回数 を記入して ください)	定期 接種	ヒブワクチン 未・__回	小児用肺炎球菌 未・__回
		〔四種混合 未・__回	
		〔三種混合 未・__回	ポリオ 未・__回
		BCG 未・済	MR (麻しん風しん混合) 未・__回
		水痘 (水ぼうそう) 未・__回	日本脳炎 未・__回
	任意 接種	ロタウイルス 未・__回	B型肝炎 未・__回
		おたふくかぜ 未・__回	
アレルギー	なし ・ あり (原因物質：)		
その他	体質 (薬物アレルギーなど) やくせ等、心配なことや配慮してほしいこと		