

# 病児保育登録申請書

(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

(病児保育実施施設長)

年 月 日

申請者氏名

フリガナ 児童氏名	男女	愛称	生年月日 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
	母・氏名	勤務先	TEL
	同居家族 (氏名 続柄 )	(氏名 続柄 )	
	(氏名 続柄 )	(氏名 続柄 )	
	(氏名 続柄 )	(氏名 続柄 )	
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号
緊急連絡先	TEL		
かかりつけ医	病・医院名	TEL	
	医師名		
※未就学児の場合 生育 歴	妊娠中の異常	なし・あり ( )	
	出生時体重	( g)	
	出産時の異常	なし・あり ( )	
既往 歴	突発性発疹	麻しん (はしか)	水痘 (水ぼうそう)
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	手足口病	ヘルパンギーナ
	熱性けいれん	喘息	肺炎
	その他 ( )	結核	アトピー性皮膚炎
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ふと枠内のみご記入ください。)

下記の理由により 市病児・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)

- 生活保護受給世帯 (生活保護証明書を添付)
- 市町村民税非課税世帯 (市町村発行の非課税証明書を添付)
- みなし寡婦 (夫) 控除適用世帯 (病児・病後児保育利用料減免にかかるみなし寡婦(夫)控除適用世帯証明書を添付)