

中野区病児・病後児保育事業 登録申請書

申請日 年 月 日

中野区長 宛て

上記事業の利用に係る登録をしたいので、下記のとおり申請します。また、この申請書を実施施設で使用する事、中野区が申請者の課税状況及び公的扶助に関して必要に応じて調査すること及び利用児童に関して必要に応じて在籍している施設から利用状況の報告を受けること並びに実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

記

申請者 (保護者)	氏名				自宅 電話			登録番号									
	住所								登録日	. .							
児 童	ふりがな				生年月日			年 齡									
	氏名				年	月	日	歳	月								
現 在 の 保 育 状 況	(在籍保育施設の名称等)							認可保育所 ・ 認証保育所 保 育 室 ・ 認定こども園 地域型保育事業 幼 稚 園 ・ 家庭保育									
	【重要】保育園等を利用している場合は、必ず記入してください。																
保 護 者 連 絡 先	氏名	(続柄)			氏名	(続柄)											
	携帯電話				携帯電話												
	勤務先 名称				勤務先 名称												
	勤務先 電話				勤務先 電話												
緊急連絡先		氏名	(続柄)			電話番号											
※緊急連絡先には、勤務先・保護者以外の親族等を記入してください。																	
保護者・ 登録児童 以外の同 居家族	氏名	年齢	続柄	通学・通勤先等		氏名	年齢	続柄	通学・通勤先等								
予 防 接 種	ヒブ	①	年	月	日	②	年	月	日	③	年	月	日	④	年	月	日
	肺炎球菌	①	年	月	日	②	年	月	日	③	年	月	日	④	年	月	日
	四種混合 (DPT-IPV)	①	年	月	日	②	年	月	日	③	年	月	日	④	年	月	日
	BCG	年 月 日			MR			①	年	月	日	②	年	月	日		
	水痘	①	年	月	日	②	年	月	日								
	日本脳炎	①	年	月	日	②	年	月	日	③	年	月	日				
	そ の 他																
感 染 症 歴	麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月	百日咳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月									
	風 疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月	突発性発疹	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月									
	流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月	その他	病名 ()	歳	か月									
	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳	か月		病名 ()	歳	か月									
そ の 他	熱性けいれん (ひきつけ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	初回	歳	か月	・	最近	歳	か月	(過去	回程度)						
	喘 息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる { <input type="checkbox"/> 毎日 (<input type="checkbox"/> 朝 ・ <input type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夕) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ}															
		<input type="checkbox"/> 吸入をしている { <input type="checkbox"/> 毎日 (<input type="checkbox"/> 朝 ・ <input type="checkbox"/> 昼 ・ <input type="checkbox"/> 夕) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ}															
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 食事療法をしている(除去食品)															
		※食べてしまった時の症状()															
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる()															
		<input type="checkbox"/> 薬を塗っている()															
	上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)															
	発達上、気になることがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)															
	頭を強く打ったことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)															
入院したことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)																
常時飲んでいる薬がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)																
与薬後、発疹や異常が出たことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)																
その他の体質やアレルギー、癖などがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)																
◎ひとり親世帯に対しての減額申請を希望される方は、下記の申請者名の欄に記入をお願いします。																	
ひとり親世帯に対しての利用料の減額を申請します。また、この申請に伴い、世帯状況について、区が保有する住民基本台帳を閲覧することに同意します。																	
											申請者氏名						