

中野区病児・病後児保育事業 登録申請書

申請日 令和●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	中野 夏樹	自宅 電話	090-0000-0000	登録番号	
	住所	東京都中野区中野●丁目●番●号			登録日	.
児 童	ふりがな	なかの	ちあき	生年月日	年 月 日	
	氏名	中野	千秋	令和●年■月▲日	1歳3か月	
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		
	〇〇保育園			【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 先 連 絡 先	氏名	中野 夏樹	(続柄 父)	氏名	中野 春子	(続柄 母)
	携帯電話	090-0000-0000		携帯電話	090-0000-0000	
	勤務先 名称	●×株式会社		勤務先 名称	●×株式会社	
	勤務先 電話	03-0000-0000		勤務先 電話	03-0000-0000	
	緊急連絡先 氏名	中野 和子	(続柄 祖母)	電話番号	03-0000-0000	
※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
	中野 冬樹	0	弟			
予 防 接 種	ヒブ	①令和元年7月2日 ②令和元年8月4日 ③令和元年9月5日 ④ 年 月 日				
	肺炎球菌	①令和元年7月2日 ②令和元年8月4日 ③令和元年9月5日 ④ 年 月 日				
	四種混合 (DPT-IPV)	① 令和元年8月4日 ② 令和元年9月5日 ③ 令和元年10月4日 ④				
	BCG	令和元年10月3日	MR	①令和2年5月1日 ②		
	水痘	①令和元年5月2日 ② 年 月 日 ③ 年 月 日				
	日本脳炎	① 年 月 日② 年 月 日③ 年 月 日				
	その他	ロタウイルス①令和元年7月2日 ②令和元年8月4日 ③令和元年9月5日				
感 染 症 歴	麻疹(はしか)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	百日咳	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月
	風 疹	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歳 か月	突発性発疹	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	0歳7か月
	流行性耳下腺炎 (おたふく風邪)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり	初回 0歳4か月	最近 歳 か月	(過去1回程度)	
	喘 息	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる { <input type="checkbox"/> 毎日 (朝・昼・夕) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ}	<input type="checkbox"/> 吸入をしている { <input type="checkbox"/> 毎日 (朝・昼・夕) ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ}			
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法をしている(除去食品 卵)	※食べてしまった時の症状(じんましん)			
	アトピー性皮膚炎	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> はい(具体的に 朝夕 アレロック)				
	与薬後、発疹や異常が出たことがありますか	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい(具体的に)					
◎ひとり親世帯に対する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。						
ひとり親世帯に対する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