

富田林市病児対応型病児保育事業利用登録申込書(年度)

(あて先) 富田林市長

富田林市病児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

また、病児保育利用要件の確認及び利用者負担額の算定のため、私及び私の世帯員の市民税情報及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。あわせて、以下の情報を病児保育実施事業者に提供することに同意します。

申込者 保護者住所 (ふりがな) 氏名	富田林市 (印)	保護者 連絡先	第1 自宅・父・母・他() 第2 自宅・父・母・他()
(ふりがな) 児童氏名	(男・女)	児童の 所属 施設名	(保育園、幼稚園、学童クラブほか) 通所・通園していない
生年月日	平成 年 月 日生		
以下、該当するものに☑をつけてください。			
1. 今までに受けた予防接種 <input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん) 1回・2回 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 3種混合(回) <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> B型肝炎		5. 過去の入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期 歳 か月頃) 病名()	
2. アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり※ありの場合は原因となる食品、薬等 () エピペンの処方 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		6. 既往歴 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> その他()	
3. 熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(最近の発作 歳 か月頃 発熱 度)			
4. てんかん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(最近の発作 歳 か月頃)			
7. その他、必要とする配慮事項、障がい等があれば記入してください。			
8. 利用者負担額の決定に関すること 市立・私立保育所、市立幼稚園、学童クラブ等に所属していない場合は、次のいずれかに☑を付してください。 また、年度途中で変更があった場合は、速やかにご連絡ください。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(注1)又は生活保護世帯若しくは中国残留邦人支援給付受給世帯(注2) <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 (注1) 転入により本市で市民税が課されない人は、前住所地で発行される前年度分の市町村民税証明書を添付してください (世帯全員分、18歳未満を除く。)。また、9月までに当該年度分の市町村民税証明書の追加提出をお願いします。 (注2) 生活保護証明書及び支給給付証明書を添付してください。			

(市記入欄)

登録管理番号

決定利用者負担額
(2,500円 ・ 0円)