

別記様式第1号（第8条第1項関係）

紋別市病後児保育利用登録届

年 月 日

紋別市長 様

申請者 住所

(保護者)氏名

印

児童との続柄:

電話

病後児保育を利用したいので、紋別市病後児保育実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
児童の氏名		性 別	男・女
在籍する保育所等	電話		
通院している医療機関	医療機関の名称 電話 定期通院の疾患: なし・ある(病名:) 入院の経験 : なし・ある(入院時の年齢 歳、病名;) 出産時の異常 : なし・ある()		
緊急時の連絡先	第1順位	氏名 児童との続柄 電話	勤務先
	第2順位	氏名 児童との続柄 電話	勤務先
	第3順位	氏名 児童との続柄 電話	勤務先
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有(症状) <input type="checkbox"/> 無		
既往症(今までにかかった病気に印をつけてください。)			
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎(プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性紅斑(リンゴ病) <input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー() <input type="checkbox"/> その他()			
予防接種(今までに受けたものに印をつけてください。)			
<input type="checkbox"/> B. C. G(結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> M. M. R(はしか、おたふく、三日ばしか、混合) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> D. P. T(百日咳、ジフテリア、破傷風、混合) <input type="checkbox"/> 二種混合(ジフテリア、破傷風、混合) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他()			
保育上注意してほしいこと。			
同 意 書			
私は、病後児保育の利用登録をしている期間において、利用申請、要件の確認及び利用者負担額の決定に必要な個人情報の取扱いについて、下記の事項に同意します。			
記			
1 市担当課職員が、私又は私の世帯に属する者の市民税課税台帳を閲覧すること。 2 利用申請に係る必要な手続きを、市が指定する指定管理者が行うこと。 3 緊急時に医療機関等関係機関へ必要な個人情報を提供すること。			
保護者 氏名			印