

記入例

様式第1号(第5条関係)

該当欄に○を付してください。

<input checked="" type="radio"/> 新規	<input type="radio"/> 変更	<input type="radio"/> 再交付
-------------------------------------	--------------------------	---------------------------

※1 変更の場合は、「申請者」、「【重要】(同意)」欄を記載してください。

※2 再交付の場合は、「申請書」、「児童氏名」、「生年月日」、「【重要】(同意)」欄を記載してください。

小川町病児・病後児保育事業利用登録申請書

申請日 3年 5月 1日

小川町長 宛て

申請者住所 大字角山133

保護者氏名 小川 太郎

小川町病児・病後児保育事業を利用したいので、小川町病児・病後児保育事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり登録を申請します。

【重要】私が負担する費用の算定に必要な場合、生活保護法に規定する保護の状況又は当該年度(当該年度の4月から6月までにおける利用料にあっては、前年度)における世帯の市町村民税の税額について、調査することに同意します。

なお、調査の結果は、必要に応じて設置者に提供することに同意します。

氏名 : 小川 太郎

ふりがな 児童氏名	小川 花子 (愛称 はなちゃん)	男 女	生年 月日	平成31年1月1日 (2歳 3か月)
住所	大字角山133 電話 81-6181			
通所施設名	〇〇保育園 電話 55-5555			
緊急 連絡 先	氏名 小川 太郎		児童との続柄 父	
	勤務先等 小川町役場		電話 111-1111-1111	
	氏名 小川 一子		児童との続柄 母	
	勤務先等 △△スーパー		電話 222-2222-2222	
健康保険証番号	記号 1234	番号 5678	保険者番号 1234567	
かかりつけ医療機関名	小川クリニック 電話 3333-33-3333			

生育歴	妊娠中の異常 (なし・あり ()) 出生時体重 (3000 g) 出産時期 予定通り・ 日早かった・遅かった (在胎 35 週) 出産時の異常 (なし・あり ()) 首のすわり (3 か月) おすわり (5 か月) 一人歩き (11 か月) 栄養法 母乳・人工 混合 離乳食摂取期間 (6 か月から 12 か月) 人見知り (7 か月) 母親の後追い (12 か月) 初語 (意味のある言葉) (1 歳 1 か月)
既往歴	突発性発疹 麻疹 (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風疹 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病 手足口病 伝染性紅斑 (りんご病) 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他 ()
予防接種	ロタウイルス 未・ 2 回 ・ 3 回 四種混合 未・ 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加 麻疹風疹混合 未・ 1 回 ・ 2 回 日本脳炎 未・ 1 回 ・ 2 回 ・ 追加 ・ 2 期 BCG 未・ 済 (年 月) 小児用肺炎球菌 未 ・ 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加 ヒブ 未 ・ 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加 水 痘 未 ・ 1 回 ・ 2 回 二種混合 未 ・ 2 期 その他 ()
食品	嫌いな食べ物 () アレルギー等で制限している食品 なし・あり (下記のとおり) ・制限されている食品名：全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 ソバ類 その他 ()
その他	対象児の注意事項 お気に入りのハンドタオルがないとなかなか寝付きません。

登録番号 _____

- 注) 1 小川町病児・病後児保育事業利用登録申請書のほか、別紙「同意書」についても併せて提出願います。
- 2 必要に応じて母子手帳の写しを求めることがありますので、御了承願います。

.....

町役場記載欄 (申請者は記入しないでください。)

受付印	実施施設に配付年月日	年 月 日
	同意書	あり・なし ()
	母子手帳の写し	あり・なし ()
	利用料負担区分	6月まで 全額負担・全額免除
		7月以降 全額負担・全額免除
	登録番号	
備考		

同 意 書

小川町病児・病後児保育事業の利用に際しては、小川町病児・病後児保育事業実施要綱に記載している内容に承諾するとともに下記事項に同意します。

- 1 町及び実施施設の過失による事故を除き、一切の意義を申し立てないこと。
- 2 実施施設の利用中は、施設職員の指示を守ること。
- 3 対象児童の症状が急激に変化した場合には、保護者は至急子どもの引き取りを行うこと。
- 4 緊急時には保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること又は保護者と連絡が取れない場合においても、これらが行われることがあること。
- 5 4により医療機関で受診、治療、処置が行われた場合に発生する医療費、車賃等の費用については、保護者が全額負担すること。
- 6 小川町病児・病後児保育利用登録申請書の写しを病児保育事業の実施施設に提供されること。
- 7 5により医療機関で受診、治療、処置が必要となった場合、
(・承諾します。 ・かかりつけ医を受診するので承諾しません。)

該当に○

令和 3年 5月 1日

住所 小川町大字角山133

氏名 小川 太郎