

## 病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

武雄市長 様

次のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので、武雄市病児・病後児保育事業実施要綱第11条第1項に基づき、登録申請をいたします。  
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

|                              |   |             |         |                  |                   |
|------------------------------|---|-------------|---------|------------------|-------------------|
|                              |   |             |         | 登録番号             |                   |
| ふりがな                         |   |             |         | 生年月日             | 年 月 日             |
| 児童名                          |   | 男・女         |         | 年齢               | 歳 月               |
| 保護者                          | ふりがな  |             |         |                  | お子さんの愛称           |
|                              | 父:氏名  |             |         |                  |                   |
|                              | ふりがな  |             |         |                  |                   |
|                              | 母:氏名  |             |         |                  |                   |
| 自宅住所 (郵便番号 - - ) (電話番号 - - ) |   |             |         |                  |                   |
| きょうだい                        | 歳(男・女)  |             | 歳(男・女)  | 歳(男・女)           | 歳(男・女)            |
| 緊急連絡先                        | 続柄  | 氏名          |         | ※連絡がつく方をご記入ください。 |                   |
|                              | ①   |             | 携帯電話番号  | - -              | 施設までの所要時間<br>車で 分 |
|                              |   | 勤務先         | 勤務先電話番号 | - -              |                   |
|                              | ②   |             | 携帯電話番号  | - -              | 施設までの所要時間<br>車で 分 |
|                              |   | 勤務先         | 勤務先電話番号 | - -              |                   |
|                              | 学校<br>保育所   | 等の名称        |         | 小学校<br>園         | 学年<br>クラス         |
| かかりつけ医名                      |   | (電話番号 - - ) |         |                  |                   |
| 既往症                          | これまでにかかった主な感染症と病気 ※かかったものに○をつけて下さい。   |             |         |                  |                   |
|                              | 1 突発性発疹      2 はしか      3 風疹      4 水ぼうそう<br>5 おたふくかぜ      6 手足口病      7 りんご病      8 百日咳<br>9 咽頭結膜炎      10 ヘルパンギーナ      11 熱性けいれん      12 じんましん<br>13 結核      14 喘息      15 アトピー性皮膚炎      16 とびひ<br>17 その他( )<br>18 なし |             |         |                  |                   |
| アレルギー                        | アレルギーについて該当するものに記入してください。<br>・薬品(薬品名 )      ・食物(食物名 )<br>・その他( )  |             |         |                  |                   |
| その他                          | 慢性疾患で現在治療中、あるいは経過観察中の病気、及びお子さんの性格など特に配慮すべきことがありましたら具体的にお書きください。   |             |         |                  |                   |

※添付書類:母子手帳の予防接種欄の写し