

大牟田市病児・病後児保育事業登録申請書

申請者名			申請日	年 月 日		登録番号	
ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日		受付日
児童名				年齢	歳 か月		有効期限
保護者	氏名	(続柄)			お子さんの愛称		
	住所	〒 - - 自宅電話 - -					
緊急連絡先	氏名	携帯電話		勤務先	勤務先電話	勤務先から施設までの所要時間	
	父	- -			- -	車で 約 分	
	母	- -			- -	車で 約 分	
その他	氏名	児童との続柄		連絡先電話		勤務先から施設までの所要時間	
					- -		車で 約 分
学校等 保育所	名称			かかりつけ医	医療機関名		
	電話	- -			電話	- -	
予防接種	接種済みの予防接種に☑してください。						
	インフルエンザ菌b型(Hib)	初回		追加	BCG	□1回	
		□1回目 □2回目 □3回目	□1回				
	種混合(3種・4種・5種いずれか)	初回		追加	麻しん風しん混合	1期	2期
		□1回目 □2回目 □3回目	□1回	□1回		□1回	
	小児用肺炎球菌	初回		追加	みずぼうそう(水痘)	□1回目 □2回目	
	□1回目 □2回目 □3回目	□1回					
B型肝炎	初回		追加	日本脳炎	1期初回	1期追加	2期
	□1回目 □2回目 □3回目	□1回	□1回		□1回目 □2回目	□1回	□1回
ロタウイルス	□1回目 □2回目 □3回目			二種混合	□1回		
その他	上記以外で接種済みの予防接種を記入してください。						
その他	出生時の体重	g					
	出生時何か異常がありましたか。	□ない □ある ()					
	連絡事項						
	アレルギー(例:犬、猫、卵、キウイ等)	有・無					その他施設に伝えたいこと
発達の遅れ(例:ことばが出にくい等)	有・無						
病気、障害(例:難聴、自閉症、喘息等)	有・無						
くせや配慮してほしいこと(例:走り回る、よく叫ぶ等)	有・無						
<p>病児・病後児保育の登録を申請します。なお、利用料の確認に際して必要な世帯状況、所得状況及び市町村民税の情報(同一世帯者を含む)について、住民票及び市民税課税台帳により確認されることに同意します。また、利用期間中は施設の長の指示に従います。</p> <p>大牟田市長 様</p> <p style="text-align: right;">保護者名 _____</p>							