

草津市病児・病後児保育利用登録申請書

(年度)

登録番号	K					
------	---	--	--	--	--	--

年 月 日

草 津 市 長 宛

草津市病児・病後児保育の利用につき次のとおり申請します。また、利用料の決定に保育料の認定階層区分を使用されることおよびこの申請書を実施施設に提供されることに同意します。

ふりがな	生年月日
児童氏名	年 月 日生
申請者(保護者)氏名	
自宅住所(〒 —)	
電話 — —	
緊急連絡先	① 氏名 (続柄) 電話 自宅・勤務先()・携帯()
	② 氏名 (続柄) 電話 自宅・勤務先()・携帯()
	③ 氏名 (続柄) 電話 自宅・勤務先()・携帯()
園(所)・小学校名	
かかりつけ医	
予防接種	ポリオ____回、三種混合____回、四種混合____回、BCG____回 ヒブ____回、肺炎球菌____回、MR I期・II期、日本脳炎____回、水痘____回 おたふくかぜ、B型肝炎____回、ロタウィルス____回、その他()
どんな病気にかかりましたか	はしか、 風疹、 おたふくかぜ、 水ぼうそう、 (その他)
手術を受けたこと	な い ・ あ る(何の . 歳のとき)
ひきつけを起こしたこと	な い ・ あ る(どんなときに けいれんの時の体温____℃、____歳ころから、____回くらい)
薬を飲んで発疹が出たり下痢をしたこと	な い ・ あ る(何の薬で)
食べ物のアレルギー	な い ・ あ る(牛乳・卵・その他)

同意書

草津市病児・病後児保育の実施に関する規則に基づく病児・病後児保育を受けるため、次のことについて同意します。

- 1 利用料算定のため、私および私の世帯に属する者の住民登録の状況、課税状況および世帯状況(生活保護受給世帯・母子世帯・在宅障害児(者)のいる世帯)に係る公簿(電算処理された情報)の閲覧および関係行政機関への資料提供を求めること。
- 2 本事業実施に必要な情報を実施機関に提供すること。

草津市長 宛

年 月 日

保護者名(署名)

※以下は記入しないでください。

備考欄	
-----	--