

大竹市病児・病後児保育事業利用登録申請書

大竹市長様

登録番号

令和6年度の大竹市病児・病後児保育事業の利用のため、次の事項について同意し、申請します。

- 私の世帯の課税状況等について調査されることを承諾します。
- 記入した個人情報、大竹市と実施医療機関で共有することを承諾します。
- 保育中に、診療・入院等が必要となった場合には、医療保険によって必要な処置を行い、費用の自己負担が発生することを承諾します。

保護者氏名

申請日 令和 年 月 日

(ふりがな) 登録児童氏名	性別	生年月日 (年齢)	利用施設名	お子さんの愛称
	男	平成 令和 年 月 日	保育所・幼稚園・小規模保育園 認定こども園・小学校	
	女	(歳 ヶ月)		

住所	(〒 -)
----	--------

児童と同居している家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先/学校など
			昭・平・令 ・	
			昭・平・令 ・	
			昭・平・令 ・	
			昭・平・令 ・	
			昭・平・令 ・	

緊急連絡先	必ず連絡をとることができる連絡先 を記入してください。			
	父	【勤務先電話番号】	—	【携帯電話】
	母	【勤務先電話番号】	—	【携帯電話】
		【	—	【携帯電話】

アレルギーの有無	無 ・ 有 ※ 有の場合は下記該当項目に○をつけてください。
	1. 気管支喘息 2. アトピー性皮膚炎 3. アレルギー性鼻炎 4. じんましん 5. 食物アレルギー（ミルク、卵、その他（ ）） 6. その他アレルギー（ ）

かかった病気	これまでにかかった病気に○をつけてください。
	1. 突発性発疹症 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 結核 7. 百日咳 8. けいれん 9. じんましん 10. 喘息 11. その他（ ）

予防接種	これまで受けた予防接種に○をつけてください。	
	インフルエンザ菌b型(Hib)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	小児用肺炎球菌	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加
	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
	四種混合	1期：1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 ・ 2期
	麻疹・風しん混合(MR)	1期 ・ 2期 水痘 1回目 ・ 2回目
	日本脳炎	1期：1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 2期
	ロタウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 おたふくかぜ 1回目 ・ 2回目
その他	麻疹・風しん・BCG ・ ()	

その他体質や病気のことで心配なこと・配慮して欲しいことがある場合は記入してください。

右記世帯に該当する場合は○をつけてください。(大竹市民のみ) 1. 市県民税非課税世帯 2. 生活保護世帯

※大竹市記入欄

利用区分 □1号(日額:1,000円) □2号(日額:2,000円) □利用料免除