

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8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 ・	

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。

緊急連絡先	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
五種混合	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などで心配なこと・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(月額:1,000円) □2号(月額:2,000円) □ 利用料免除