

登録番号 ※保育室で記入	
-----------------	--

美 唄 市 病 児 保 育 利 用 登 録 申 込 書

(利用登録の有効期限 年3月末日まで)

申込日 年 月 日

(あて先)美 唄 市 長

申 込 者 (保 護 者)	氏 名	印
	住 所	
	電話番号	— —

利用 登録 児童	ふりがな		男・女	・ ・ 生 歳	平熱 度
	氏 名				
	住 所	〒 —			
	通園施設名	市町村 保育園・幼稚園・こども園			
	かかりつけ医	医療機関名： 医療機関名：			
保 護 者	父	ふりがな 氏 名	・ ・ 生	勤務先 Tel	— —
	母	ふりがな 氏 名	・ ・ 生	勤務先 Tel	— —
		ふりがな 氏 名	・ ・ 生	勤務先 Tel	— —
		ふりがな 氏 名	・ ・ 生	勤務先 Tel	— —
生活保護の受給状況		1. 受給中 2. 受給していない		兄弟・姉妹の有無	有 ・ 無

※ 保護者が父母以外の場合は、保護者欄の3～4行目に児童からみた続柄を記入し、氏名・生年月日・勤務先を記入

同 意 書

美唄市病児保育の利用登録にあたり、保育料を決定するため、市が児童、保護者、及び同一世帯者の住民基本台帳、課税台帳を閲覧することに同意します。

(あて先)美唄市長

申込者(保護者)氏名 _____ 印 _____

<この申込書と合わせて提出する書類>

保護者が他市町村の市町村民税の課税対象となっている場合は、当該市町村が発行する課税証明書又は非課税証明書

※ 申込者(保護者)氏名は、記名押印に代えて署名することができます。

【裏面もあります】

利用登録児童の予防接種の状況(母子健康手帳を確認し、○印及び回数を記入してください。)

※ 次の欄への記入に代えて、母子健康手帳の予防接種の記録ページの写しを添付されてもかまいません。

予 防 接 種	BCG	1.受けてない 2.受けた	水ぼうそう	1.受けてない 2.受けた(回)
	Hib(ヒブ)	1.受けてない 2.受けた(回)	日本脳炎	1.受けてない 2.受けた(回)
	小児用肺炎球菌	1.受けてない 2.受けた(回)	おたふくかぜ	1.受けてない 2.受けた(回)
	四種混合	1.受けてない 2.受けた(回)	ロタ	1.受けてない 2.受けた(回)
	五種混合	1.受けてない 2.受けた(回)	B型肝炎	1.受けてない 2.受けた(回)
	麻疹・風疹混合	1.受けてない 2.受けた(回)		
	その他()			

これまでにかかったことのある病気に○をつけて下さい。

既 往 歴	1 てんかん	2 心臓病	3 突発性発疹	4 はしか
	5 風疹	6 水ぼうそう	7 おたふくかぜ	8 手足口病
	9 りんご病	10 百日咳	11 咽頭結膜炎	12 ヘルパンギーナ
	13 喘息	14 アトピー性皮膚炎	15 アレルギー(原因)	
	16 熱性けいれん (最後 歳 ヶ月、 これまでに 回)			
	17 その他()			
		ない・ある		

過 去 の 入 院 歴	(病名：) (歳 ヶ月)
	(医療機関名：)
	(病名：) (歳 ヶ月)
	(医療機関名：)
	(病名：) (歳 ヶ月)
	(医療機関名：)

その他、心配なことや配慮してほしいことなどについて具体的にお書き下さい。

※以下の欄は市で記入します。

年4月から8月まで		左記期間内の変更(変更日 /)	
世帯区分	保育料/日	世帯区分	保育料/日
ア.生保 イ.非課税 ウ.課税 エ.市外	円	ア.生保 イ.非課税 ウ.課税 エ.市外	円
年9月から翌年3月まで		左記期間内の変更(変更日 /)	
世帯区分	保育料/日	世帯区分	保育料/日
ア.生保 イ.非課税 ウ.課税 エ.市外	円	ア.生保 イ.非課税 ウ.課税 エ.市外	円
備 考			