様式第1号（第8条関係）

No.

岩国市病児保育事業利用登録申請書（　　年度）

（宛先）岩国市長　様

登録児童	ふりがな		性別	生年月日	愛称
	氏　名		男・女	年　月　日生	
	住　所				
	通園（学）施設	保育園・認定こども園・幼稚園・小学校　　歳児クラス・年			
	掛かり付け医名				
	福祉医療受給者証番号				

保護者連絡先	ふりがな		ふりがな	
	氏　名	続柄	氏　名	続柄
	携帯電話番号		携帯電話番号	
	勤務先	名称	勤務先	名称
		住所		住所
		電話		電話
	緊急連絡先（必ず連絡がとれる番号）	続柄　　電話		
		続柄　　電話		

予防接種

これまで受けたものすべてに○をつけてください。

1 Hib(ヒブ)（　）回　2 肺炎球菌（　）回　3 三種混合（　）回　4 四種混合（　）回　5 五種混合（　）回

6 ポリオ注射（不活性化ワクチン）（　）回　7 ポリオ経口（生ワクチン）（　）回　8 B.C.G　9 MR（麻疹・風疹混合）（　）回

10 水ぼうそう（　）回　11 日本脳炎（　）回　12 B型肝炎（　）回　13 おたふくかぜ（　）回

14 その他（インフルエンザ　・　ロタウイルス　・　　）

これまでの病気

これまでかかった病気すべてに○をつけてください。

1 麻疹（はしか）　2 水痘（水ぼうそう）　3 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　4 風疹　5 百日咳

6 マイコプラズマ感染症　7 RSウイルス感染症　8 伝染性紅斑（リンゴ病）　9 手足口病

10 咽頭結膜炎（プール熱）　11 突発性発疹　12 川崎病　13 熱性けいれん　14 ヘルパンギーナ

15 結核　16 その他の大きな病気やけが（病名：　　いつごろ：　　）

入院歴	（有・無）	（病名　　歳　　か月） （病名　　歳　　か月） （病名　　歳　　か月）
アレルギー等	（有・無）	1 食物アレルギー（何：　　）　2 アトピー性皮膚炎 3 気管支喘息　4 じんましん　5 鼻炎　6 その他（　　） 上記症状に関する配慮事項（医師からの指示、投薬など）
常時内服している薬		なし・あり（内服薬名：　　）
常時使用している軟膏・吸入薬		なし・あり（軟膏名：　　吸入薬名：　　）

その他、伝えておきたいこと、心配なこと：

利用予定施設	

上記内容で、病児保育事業の利用登録をします。
また、利用料を決定するため、市長が登録児童の保護者の属する世帯の課税状況を確認すること及びこの申請書の内容を事業実施施設が取り扱うことに同意します。

年　　月　　日　　氏名

※ 常時使用している薬があるときは、お薬手帳の写しを添付してください。

※ 予防接種歴、既往症の確認のため母子手帳を提示してください。

※ 病児保育事業を利用中の急変時の受診について、マイナ保険証等の提示が困難な時には、一時的に医療費を10割負担していただく場合があります。

市民税課税世帯の判定：当該年度分の課税状況で判定。ただし、4月及び5月は前年度分のもので判定

市・施設記入欄 ≪世帯区分≫　生活保護世帯　・　市民税非課税世帯　・市民税均等割のみ課税世帯　・　市民税課税世帯