

(表)

様式第1号 (第4条関係)

登録番号 ()

米原市病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

米原市地域包括医療福祉センター長 様

病児・病後児保育の利用に当たり、次のとおり申請します。

ふりがな				生年月日	年 月 日
児 童 名		(男・女)			
児 童 住 所		(〒 -)		市・町	
申 請 者 氏 名 (保 護 者)		(続柄)		自宅住所 (〒 -) 市・町	
世 帯 の 状 況		1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯		3 1、2以外の世帯	
電 話		自 宅	- -	携 帯	- -
緊 急 連 絡 先	①氏名 (続柄)		電話 - - 自宅・勤務先 ()・その他 ()		
	②氏名 (続柄)		電話 - - 自宅・勤務先 ()・その他 ()		
就学前施設・小学校名					
か かり つ け 医				連 絡 先	- -
予 防 接 種		<ul style="list-style-type: none"> ・ポリオ(生ワク・不活化) 回 ・三種混合Ⅰ期初回 回 Ⅰ期追加 ・BCG・日本脳炎Ⅰ期初回 回 追加 ・インフルエンザ・ヒブワクチン 回 ・小児用肺炎球菌ワクチン 回 ・MRワクチン(はしか・風しん混合) Ⅰ期・Ⅱ期 ・おたふくかぜ ・水ぼうそう 回 ・B型肝炎 ・その他 			
既 往 歴		<ul style="list-style-type: none"> ・突発性発疹・はしか・風しん・おたふくかぜ・水ぼうそう ・熱性けいれん (回 最後は 年 月 日) ・アトピー性皮膚炎・喘息 ・喘息性気管支炎 (継続治療中・悪化時治療) ・その他 () 			
入 院 ・ 手 術 歴		なし・あり (何の) ・ 歳のと)			
アレルギ―体質の有無		<ul style="list-style-type: none"> ・薬アレルギー なし・あり (具体的に) ・アレルギー体質 なし・あり (牛乳・卵・その他) 			
その他心配なこと等					

(裏)

同 意 書

病児・病後児保育の利用に際して、次の項目に同意します。

- 1 病児・病後児保育の利用登録および利用に当たり、関係職員が私の世帯の課税状況および生活保護の状況を調査・確認をすること。
- 2 本事業の実施に必要な情報をセンターに提供すること。
- 3 利用中は職員の指示を守ること。
- 4 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること。
また、保護者に連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。

年 月 日

米 原 市 長 様
米原市地域包括医療福祉センター長 様

保護者氏名

印