

※病児保育室の利用を希望される保護者の方は、お子さんが在籍されている保育所、幼稚園、認定こども園、小規模保育事業所、小学校に提出してください。

東近江市病児保育室利用登録届出書

令和 年 月 日

東近江市長 様

東近江市病児保育室の利用をしたいので次のとおり届け出ます。

|                           |  |                 |                  |                        |
|---------------------------|--|-----------------|------------------|------------------------|
| フリガナ<br>児童氏名              |  | 男<br>女          | 生年月日             | 平成・令和 年 月 日<br>( 歳 か月) |
| 住 所                       | (〒 - )<br>東近江市   | 電話 ( )<br>-     |                  |                        |
| 世帯の状況<br>(登録する児童<br>を除く。) | 氏 名  | 続柄              | 勤務先等             | 緊急連絡先                  |
|                           |  |                 |                  |                        |
|                           |  |                 |                  |                        |
|                           |  |                 |                  |                        |
|                           |  |                 |                  |                        |
| 在園する保育<br>所等の名称           |  |                 |                  |                        |
| 健康保険被<br>保険者番号            | 記号   | 番号              | 保険者番号            |                        |
| かかりつけの<br>医療機関名等          | 医療機関名<br>主治医氏名   | 電話 -            |                  |                        |
| これまでにかか<br>った主な病気         | 突発性発疹 はしか 風しん おたふくかぜ 水痘<br>熱性けいれん(回数 回、最後は 年 月 日)<br>アトピー性皮膚炎(治療は 内服薬・軟膏・食事療法)<br>喘息及び喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)<br>その他( ) |                 |                  |                        |
| 手術を受けたこと                  | ない ・ ある(何の 歳するとき)  |                 |                  |                        |
| アレルギーの有無                  | アレルギー体質 なし ・ あり(具体的に )<br>薬のアレルギー なし ・ あり(具体的に )   |                 |                  |                        |
| 予<br>防<br>接<br>種          | 四種混合1期初回__回・1期追加   |                 | ポリオ__回           | BCG__回                 |
|                           | 三種混合1期初回__回・1期追加   |                 | 日本脳炎1期初回__回・1期追加 |                        |
|                           | ヒブ初回__回・追加   | 小児用肺炎球菌初回__回・追加 | 水痘__回            |                        |
|                           | MR1期・2期  | 麻しん 風しん         | おたふくかぜ           | ロタ__回                  |
|                           | B型肝炎__回  | その他( )          |                  |                        |
| 登録する期間                    | 令和 年 月 日 から 登録開始日が属する年度の末日 まで  |                 |                  |                        |

同 意 書

東近江市病児保育室条例に基づく病児保育室の利用に当たり、次の事項について同意します。  
 1 使用料の算定のため、市の担当者が、私及び私の世帯に属する者の住民登録の状況、課税状況及び生活保護受給状況に係る公簿を閲覧し、又は及び関係行政機関に資料の提供を求めること。  
 2 病児保育室の運営に必要な情報を実施医療機関に提供すること。

東近江市長 様

令和 年 月 日

保護者氏名

印

(記名押印に代えて署名することができます。)

※以下は、記入しないでください。

|     |          |         |          |
|-----|----------|---------|----------|
| 受付日 | 令和 年 月 日 | 登録番号    |          |
| 使用料 | 円        | 登録の有効期限 | 令和 年 月 日 |