

川南町病児・病後児保育事業登録申請書

川南町長 様

申請者	住所	
	氏名	

次のとおり川南町病児・病後児保育事業の登録を申請します。

ふりがな		生年月日	申請者との続柄	保育所(学校)等の名称
児童氏名	(男・女)	年 月 日(歳 か月)		
かかりつけ医	病院名			電話番号
	1			
	2			
既往歴 及び留意点 (これまでにかったもの全てに☑)	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん 回 ※最後に起きた日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(種類:) <input type="checkbox"/> アレルギー体質() <input type="checkbox"/> その他留意点()			
予防接種 (これまでに受けたもの全てに☑または○)	<input type="checkbox"/> ヒブ(1・2・3・追) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(1・2・3・追) <input type="checkbox"/> ロタ(1・2・3) <input type="checkbox"/> B型肝炎(1・2・3) <input type="checkbox"/> 四種混合(1・2・3・追・2期) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹(1・2) <input type="checkbox"/> 水痘(1・2) <input type="checkbox"/> 日本脳炎(1・2・追・2期) <input type="checkbox"/> おたふくかぜ(1・2) <input type="checkbox"/> 今秋冬インフルエンザ(1・2) <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ(1・2・3・追) <input type="checkbox"/> その他()			
保護者 ※必ず連絡の取れる方	1	氏名 (続柄)	TEL(携帯)	
		勤務先:	TEL	
	2	氏名 (続柄)	TEL(携帯)	
		勤務先:	TEL	
世帯状況 (該当する場合は☑)	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯			
加入医療保険	記号	番号	保険者名	保険者番号

※生活保護法による被保護世帯に該当する場合は、生活保護受給証明書を提出してください。

同意事項

- 1 児童の施設への送迎は、保護者の責任において行うものとする。
- 2 児童の保護者は、施設に対して保育に必要な情報を提供しなければならない。
- 3 児童の保護者は、常に施設からの連絡を受け、保護者の意思が確認できるようにしなければならない。
- 4 施設における医療行為は与薬に限るものとし、医師の処方に基づくものに限るものとする。又施設はその結果について責任を負わないものとする。
- 5 保育中の児童の状態の急変や事故などが生じた場合は、直ちに保護者に連絡のうえ、協力医療機関の指示に従うものとする。ただし、緊急時又は保護者と連絡を取ることができない場合は、施設の判断で協力医療機関を受診させることがある。
- 6 保育中の受診に係る費用は、保護者の負担とする。
- 7 要綱第9条に規定する利用制限の各号のいずれかに該当するときは、利用を許可しない。

上記について同意します。

年 月 日

保護者氏名