

令和 年度阿賀野市病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者氏名

阿賀野市病児保育事業を利用したいので、阿賀野市病児保育事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

児 童 の 情 報	児童氏名	愛 称	性 別	生年月日
			男 ・ 女	年 月 日 (歳 か月)
	住所(〒 ー) 市			
	電話番号 ()			
	通 園 施 設 名	()園・小学校	年生	電話 ー ー
	か かり つ け 医	()医院・病院	先生	電話 ー ー
	児 童 の 兄 弟 姉 妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
緊 急 時 連 絡 先	①・②とも記入	連絡先① 児童との続柄()	連絡先② 児童との続柄()	
	氏 名			
	勤 務 先 名 称			
	勤 務 先 住 所			
	勤 務 先 の 電 話			
予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に☑と()内の回数に○をつけてください			
	☐ Hib ワクチン (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)		☐ B C G 済	
	☐ 小児用肺炎球菌 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)		☐ MR (麻疹・風疹) (1 期 ・ 2 期)	
	☐ 四種混合 1 期 (1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 追加)		☐ 日本脳炎 (1 回 ・ 2 回 ・ 追加)	
	☐ 水ぼうそう (1 回 ・ 2 回)		☐ おたふく (1 回 ・ 2 回)	
	☐ その他 ()			
既 往 症 等	これまでににかかった病気に☑と()内にコメント及び○をつけてください			
	☐ 突発性発疹症	☐ おたふくかぜ	☐ 喘息又は喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時に治療)	
	☐ はしか	☐ アトピー性皮膚炎	☐ じんましん (原因：)	
	☐ 風疹	☐ 百日咳	☐ その他 ()	
	☐ 溶連菌感染症	☐ 熱性けいれん (過去に 回 座薬の指示 有 ・ 無) (初回は 歳 か月 最後は 歳 か月)		
	☐ 水ぼうそう			
	☐ 入院歴がある (病名： 歳 か月) (病名： 歳 か月) (病名： 歳 か月) (病名： 歳 か月)			
そ の 他	食物アレルギー	ない ・ ある (具体的に)		
	食 事 制 限	ない ・ ある (牛乳・卵・大豆・鶏肉・そば・小麦粉・その他)		
	常 用 服 薬 等	ない ・ ある (具体的に)		
体質やくせ等、心配なことや配慮が必要なことについて具体的に記入してください				

裏面に続きます。

(裏)
同 意 内 容

- 1 利用中は職員の指示に従います。
- 2 利用時間を厳守します。
- 3 予約後に利用の必要がなくなった場合は、キャンセルの連絡を必ず速やかに行ってください。
- 4 病児保育室は細心の注意を払い事業を実施しますが、保育室内において児童同士の感染が起こった場合は、市はその責任を負いません。
- 5 利用児童の症状に変化があった場合は、保護者から迎えに来ていただきます。なお、保育室の看護師が受診の必要があると判断した場合は、保護者の同意を得たうえであがの市民病院小児科への搬送、受診、治療、処置を行います。また、保護者と連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあり、その際発生する医療費等は保護者から負担していただきます。
- 6 保護者負担額の審査のため、職員が世帯の課税状況及び公定扶助の受給に関する資料を閲覧及び確認を行います。
- 7 登録における情報は、実施施設、県及び関係市町村に情報提供することに同意します。

以上、私は阿賀野市病児保育事業の利用登録にあたり、上記項目に同意します。

署名 _____

【処理欄】

利用料金	徴収・減額	受付日	・	・		
------	-------	-----	---	---	--	--