

令和 年度 病児・病後児保育事業登録申請書

令和 年 月 日

北広島町長 様

申請者 千
(保護者) 住所 _____
名前 _____
電話番号 () - _____

病児・病後児保育事業(病児・病後児保育室)を利用したいので登録します。
なお、利用料の決定にあたり、私の世帯の課税状況等を確認されることに同意します。

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	年 月 日生		
緊急連絡先	連絡先名1	TEL()	-		
	連絡先名2	TEL()	-		
かかりつけ の病院等	病院・医院	TEL()	-		
	担当医師名				
加入医療 保険	1 社会保険 4 国民健康保険	記号・番号			
	2 船員健康保険 5 その他				
通所施設名	3 共済組合				
	保育所・こども園・小学校名	TEL()	-		
家族の状況 (本人以外の家 族を記入してく ださい)	氏名	性別	続柄	生年月日	職場名または職業等

登録申請時の調査により、北広島町病児・病後児保育事業取扱要領第8条に該当する場合は、利用料の減免を申請します。

(裏面 へ)

利用料

※この欄は記入しないで下さい。

予防接種歴	水痘 未 ・ 1回 2回 おたふくかぜ 未 ・ 1回 2回 ロタウイルス 未 ・ 1回 2回 ※その他（
アレルギー歴	・ 気管支喘息 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ じんましん ・ 食物アレルギー(ミルク, 卵, その他:) ・ その他のアレルギー()
※ これまでにかかった主な感染症と病気(かかった病気に○をつけてください) ・ 突発性発疹症 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 百日咳 ・ けいれん(熱:あり・なし) ・ じんましん ・ 結核 ・ 喘息 ・ その他()	
お子さまの日常生活や心配なことがあれば具体的にお書きください。	