

三条市病児・病後児保育利用登録票

（宛先）三条市教育委員会

年 月 日

保護者 氏 名
住 所
電話番号

私は、病児・病後児保育の利用のため、次の事項に同意の上、登録の申請をします。

- (1) 市が、この利用登録票の内容について、病児保育事業を委託する機関（以下「委託機関」という。）に情報提供すること及び委託機関が定める利用上のルールに従うこと。
- (2) 市が、費用の負担額の審査のため、保育を利用した場合に、保護者の公的扶助の受給状況又は課税状況について、市の公簿等により調査すること。
- (3) 保育中に児童の病状に変化が見られ、看護師の判断により医師の診察を受けたときは、これに係る費用を負担すること。
- (4) この票に記載した内容に変更があった場合は、その旨を届け出ること。

対象児童	フリガナ	性別	生年月日		在籍施設名
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日		
保護者	連絡先 1		連絡先 2		
	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)	
	勤務先		勤務先		
	(勤務先電話)		(勤務先電話)		
	連絡先		連絡先		
子どもの発育	障がいの有無や発達上の悩みなどありましたらご記入ください。				
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。				
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌		
	<input type="checkbox"/> 五種混合【 初回 追加 】	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 四種混合【 初回 追加 】		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合【 1期 2期 】	<input type="checkbox"/> 水痘【 初回 追加 】		
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 日本脳炎【 初回 追加 】			
これまでの病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> ジフテリア <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 喘息及び喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> けいれん その他 ()				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ; 有の場合（具体的：)				

※性別欄は、戸籍上の性別に✓をしてください。

市／委託機関処理欄 委託機関への連絡日 年 月 日

市受付欄	保育台帳確認	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> いずれも該当なし	備考欄
------	--------	---	-----