第１号様式（第５条、第６条関係）

令和２年度用

病児・病後児保育事業登録申込書

年　　月　　日

（宛先）上越市長

申込者（保護者）　郵便番号　　－

住　　所

氏　　名

電話番号　　－　　－

次のとおり、上越市病児・病後児保育事業の登録を申し込みます。

乳幼児・児童		(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名 男・女	生年月日　　年　　月　　日 未満児・年少児・年中児・年長児 小学校（１・２・３・４・５・６）年生
緊急連絡先		連絡先　１	連絡先　２
	氏　　名		
	続　　柄	父・母・その他（　　）	父・母・その他（　　）
	勤　務　先		
	勤務先電話	－　　－	－　　－
	携 帯 電 話	－　　－	－　　－
在学・在園名		保育園・幼稚園・小学校　　電　話　　－　　－	
かかりつけ医		病院・医院　　電　話　　－　　－	
利用する事業		**登録する事業に☑を付けてください。※両方登録する場合、それぞれに付けてください。**	
		□病児保育事業 （わたぼうし保育室）	**□病後児保育事業 （わかくさ保育室・がんぎ通り保育室）**

予防接種	これまでに受けた予防接種に ☑ と【　】内の回数に　○　を付けてください。
	□三種混合【１期１回　２回　３回　追加】　□生ポリオ【１回　２回】 □四種混合【１期１回　２回　３回　追加】　□不活化ポリオ【１回　２回　３回　４回】 □麻しん風しん混合【１期　２期】　□水ぼうそう【１回　２回】 □日本脳炎【１期１回　２回　追加】　□おたふくかぜ【１回　２回】 □ＢＣＧ　□ヒブ　□小児用肺炎球菌ワクチン
既往歴	これまでにかかった病気に ☑ と【　】内の内容にコメント及び　○　を付けてください。
	□突発性発疹症　□はしか　□風しん　□水ぼうそう　□おたふくかぜ　□アトピー性皮膚炎 □熱性けいれん【これまでに　　回・最後は　　年　　月　　日・座薬指示　有・無】 □ぜんそく又はぜんそく性気管支炎【継続治療中　・　悪化時治療】 □その他【　　】
入院	入院経験がある場合、具体的にお書きください。
	【病名：　　歳　　か月】 【病名：　　歳　　か月】
薬	常用している薬がある場合、具体的にお書きください。
その他	食事制限（食物アレルギー）がある場合、具体的にお書きください。
	体質（薬物アレルギー等）や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。

承諾欄**（被保護世帯の方のみご記入ください。）**

保護者負担額の審査のため、保育課の職員が私の世帯の生活保護法に係る公的扶助の受給に関する資料を閲覧し、及び確認することを承諾します。

申込者（保護者）　　㊞