

様式第1号（第7条関係）

にかほ市病児保育事業（病後児対応型）利用登録票

年 月 日

社会福祉法人 仁賀保保育会

つぼみ保育園 様

（申請者）

住所

氏名

（自宅電話： ）

にかほ市病児保育事業（病後児対応型）の利用登録をします。

ふりがな 児童氏名			(男 ・ 女)
生年月日	年 月 日 (歳 カ月)		
通所施設名	() 保育園・認定こども園・小学 校		
かかりつけ 医療機関	() 医院・病院 () 科 主治医 (医師) ☎ -		
ふりがな 保護者等氏名 (携帯番号)	続柄	勤務先住所	
		勤務先名	
☎ - -		(☎)	
☎ - -		(☎)	

裏面もあります。

※登録する児童の状況についてお書きください。

予防接種	ヒブ	未接種・接種済（1期 1回・2回・3回）1期追加
	小児肺炎球菌	未接種・接種済（1期 1回・2回・3回）1期追加
	B型肝炎	未接種・接種済（1回・2回 3回）
	四種混合（三種混合）	未接種・接種済（1期 1回・2回・3回）1期追加
	B C G	未接種・接種済
	麻しん・風しん	未接種・接種済（1期・2期）
	水痘（水ぼうそう）	未接種・接種済（1回・2回）
	日本脳炎	未接種・接種済（1期 1回・2回・1期追加）2期
	ロタウイルス	未接種・接種済（1回・2回・3回） ロタリックス・ロタテック
	おたふくかぜ	未接種・接種済（1回・2回）
既往歴	突発性発疹 麻しん（はしか） 水痘（水ぼうそう） 風しん 百日咳 喘息 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） 肺炎 中耳炎 その他（ ） 入院歴（ ）（病名 ）	
薬	常時内服している薬はありますか なし ・ あり（ ）	
食品	食事制限を受けているもの なし ・ あり（ ）	
<p>その他伝えておきたいことなどありましたらご記入ください。 （例：食物アレルギー 等）</p>		
<p>※にかほ市民でない方で、「にかほ市内に勤務地がある」または、「にかほ市内保育・教育施設を使用する児童の保護者」のどちらにも該当しない方は、<u>一日当たり利用料2,000円</u>がかかります。その場合は、申請時にご住所が記載された身分確認証明（免許証・保険証等）を掲示してください。</p> <p>※確認した身分証明書： 免許証 ・ 保険証 ・ その他（ ）</p>		

実施施設記入欄

一日当たり利用料	円
----------	---