

藤井寺市病後児保育事業利用申込書

藤井寺市病後児保育事業の利用を次のとおり申し込みます。

申 込 日	年 月 日		
ふりがな		性別	生年月日
児童氏名		男・女	年 月 日生(満才ヶ月)
所属施設	名称 住所 (幼稚園・保育所(園)・認定こども園・その他) Tel		
ふりがな		続柄	緊急連絡先
保護者氏名			Tel
住所	〒		
	藤井寺市		

【お迎えについて】

お迎えに来られる方	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ (氏名)	<input type="checkbox"/> 申込者以外(以下のとおり) (続柄)	(電話番号)
お迎えの時間	当 日	時	分頃 (備考)
	月 日()	時	分頃
	月 日()	時	分頃
	月 日()	時	分頃
	月 日()	時	分頃

【要件確認】

藤井寺市に居住している 藤井寺市に住民票がある 藤井寺市の利用登録をしている(※)

【世帯区分確認】

生活保護受給世帯である 市民税非課税世帯である 左記のどちらでもない

【健康状況等確認】

以下、該当するものに☑をつけてください。

1. 今までに受けた予防接種 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> MR(風しん・麻しん) <input type="checkbox"/> 三種混合(回) <input type="checkbox"/> ポリオ(回) <input type="checkbox"/> 四種混合(回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> その他()	3. 熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最近の発作(才 ヶ月頃 発熱 度) 4. てんかん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最近の発作(才 ヶ月頃) 5. 過去の入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名()
2. アレルギー等 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> その他アレルギー ()	6. 既往歴 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> リンゴ病 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ感染症 <input type="checkbox"/> その他()
7. その他、配慮事項、障がい等あれば記入してください。	

※利用登録をしていない場合は、(様式第1号)利用登録申請書も記入してください。