

※病児保育室の利用を希望される保護者の方は、東近江市
こども未来部幼児課に提出してください。

7

東近江市病児保育室利用登録届出書

令和 年 月 日

東近江市長 様

申請者氏名

東近江市病児保育室の利用をしたいので次のとおり届け出ます。

フリガナ 児童氏名		男 女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
住 所	(〒) 東近江市			電話 () —
世帯の状況 (登録する児童 を除く。)	氏 名	続柄	勤務先等	緊急連絡先
在園する保育 所等の名称				
健康保険被 保険者番号	記号	番号	保険者番号	
かかりつけの 医療機関名等	医療機関名 主治医氏名 電話 —			
これまでにかか った主な病気	突発性発疹 はしか 風しん おたふくかぜ 水痘 熱性けいれん(回数 回、最後は 年 月 日) アトピー性皮膚炎(治療は 内服薬・軟膏・食事療法) 喘息及び喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) その他 ()			
手術を受けたこと	ない ・ ある(何の 歳 のとき)			
アレルギーの有無	アレルギー体質 なし ・ あり(具体的に) 薬のアレルギー なし ・ あり(具体的に)			
予 防 接 種	四種混合1期初回__回・1期追加 ポリオ__回 BCG__回			
	三種混合1期初回__回・1期追加 日本脳炎1期初回__回・1期追加			
	ヒブ初回__回・追加 小児用肺炎球菌初回__回・追加 水痘__回			
	MR1期・2期 麻しん 風しん おたふくかぜ ロタ__回			
	B型肝炎__回 その他()			
登録する期間	令和 年 月 日 から 登録開始日が属する年度の末日 まで			

同 意 書

東近江市病児保育室条例に基づく病児保育室の利用に当たり、次の事項について同意します。

1 使用料の算定のため、市の担当者が、私及び私の世帯に属する者の住民登録の状況、課税状況及び生活保護受給状況に係る公簿を閲覧し、又は及び関係行政機関に資料の提供を求めること。

2 病児保育室の運営に必要な情報を実施医療機関に提供すること。

東近江市長 様

令和 年 月 日

保護者氏名

印

(記名押印に代えて署名することができます。)

※以下は、記入しないでください。

受付日	令和 年 月 日	登録番号	
使用料	円	登録の有効期限	令和 年 月 日