別記様式（第６条関係）

登録番号

病児・病後児保育利用登録申請書

年　　月　　日

（宛先）津市長

（〒　　　　　）

住　所

保護者　氏　名

電　話

※自署でない場合は押印が必要です。

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を受けたいので申請します。

ふ　り　が　な		男 ・ 女	年　　月　　日生	
児　　童　　名				
通園中の施設名	（保育園、幼稚園、その他）			
生活保護法による保護の状況	１受けている　２受けていない	一人親家庭等の状況（該当する場合）	１母子家庭　２父子家庭　３その他	
緊　急　連　絡　先	電話			
健　康　保　険 被　保　険　者　番　号	記号　　　　番号 被保険者番号	医療費受給資格証番号		
予　防　接　種	ポリオ：受けた（１回、２回、３回、追加）・受けていない ＢＣＧ：受けた・受けていない 三種・四種混合：受けた（Ⅰ期１回、２回、３回、Ⅰ期追加）・受けていない ＭＲ：受けた（Ⅰ期・Ⅱ期）・受けていない 水痘：受けた（１回、２回）・受けていない 日本脳炎１期：受けた（１回、２回、追加）・受けていない Ｈｉｂワクチン：受けた（１回、２回、３回、追加）・受けていない 小児用肺炎球菌ワクチン：受けた（１回、２回、３回、追加）・受けていない Ｂ型肝炎：受けた（１回、２回、３回）・受けていない おたふくかぜ：受けた（１回、２回）・受けていない ロタウイルス：受けた（１回、２回、３回）・受けていない 【小学生】二種混合：受けた・受けていない 【小学生】日本脳炎２期：受けた・受けていない			
既　往　症 （今までにかかった病気すべてを○で囲んでください。）	1　突発性発疹（しん）　2　はしか　3　風疹（しん）　4　水ぼうそう 5　おたふくかぜ　6　百日せき　7　リンゴ病　8　手足口病 9　ヘルパンギーナ　10　咽頭結膜熱　11　結核　12　とびひ 13　熱性けいれん　14　ぜんそく　15　アトピー性皮膚炎　16　じんましん 17　食物アレルギー（卵、牛乳、大豆、そば、その他（　　　　）） 18　その他（　　　　　）			
そ　の　他	※ 体質（食物アレルギー、薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあればお書きください。			