病児保育事業利用申請書

　西脇市病児保育事業の利用を次のとおり申請します。

また、この申請書を実施施設で利用すること及び市が実施施設から利用状況（利用年月日及び病名）の報告を受けることに同意します。さらに、費用の算定に関し、課税状況について調査することを承諾します。

年　　月　　日

西脇市長　様

申請者（保護者）　住所

　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 性  別 | | 男 ・ 女 | | 生年  月日 | | | | 年　　月　　日 |
| 児童氏名 | |  | | |
| 年齢 | | | | 歳 |
| 通園施設名等 | | 保育所・認定こども園・幼稚園、小学校　　　年 | | | | | | | | | | | |
| 看護できない理由 | | □就労　　□疾病　　□事故　　□出産　　□冠婚葬祭  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 利用希望期間 | | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで（　　　　日間） | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先  （保護者等） | | 氏名 | |  | 児童との続柄 | | |  | | | 電話  番号 | －　　　－ | |
| 氏名 | |  | 児童との続柄 | | |  | | | 電話  番号 | －　　　－ | |
| 氏名 | |  | 児童との続柄 | | |  | | | 電話  番号 | －　　　－ | |
| 既往症 | | □突発性発疹　□麻しん(はしか)　□水痘(水ぼうそう)□風しん(三日ばしか)  □咽頭結膜炎(プール熱)　□流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)　□ヘルパンギーナ  □百日咳　□手足口病　□感染性紅斑(リンゴ病)　□熱性けいれん　□川崎病  □異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)　□結核　□喘息　□アトピー性皮膚炎  □とびひ　□湿疹　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | |
| 予防接種 | ヒブ | | □１回　□２回　□３回　□追加 | | | | | | | | | | |
| 小児用肺炎球菌 | | □１回　□２回　□３回　□追加 | | | | | | | | | | |
| 生ポリオ | | □１回　□２回 | | | 不活化ポリオ | | | | □１回　□２回　□３回　□追加 | | | |
| 三種混合 | | １期（□１回　□２回　□３回　□追加） | | | | | | | | | | |
| 四種混合 | | １期（□１回　□２回　□３回　□追加） | | | | | | | | | | |
| ＢＣＧ | | □未　□済（　　年　　月実施） | | | | | | | | | | |
| 麻しん・風しん | | □１期　□２期 | | | | | | | | | | |
| 日本脳炎 | | １期（□１回　□２回　□追加）・　□２期 | | | | | | | | | | |
| 二種混合 | | □未　□済（　　年　　月実施） | | | | | | | | | | |
| 水痘(水ぼうそう) | | □１回　□２回 | | | | | | | | | | |
| おたふくかぜ | | □受けた　□かかった | | | | | | | | | | |
| 児童の状況等で特に伝えておきたいこと  １　食事について（食事制限の有無）  ２　その他（アレルギー、くせ又は心配なこと、配慮して欲しいこと） | | | | | | | | | | | | | |
| 【市役所使用欄】  利用料　□　生活保護世帯又は市民税非課税世帯　　　　０円  　　　　□　上記以外の世帯　　　　　　　　　　　1,500円 | | | | | | | | | | | | | |