

利根町病児保育事業利用登録申込書

利根町長 様

利根町病児保育事業実施要綱第11条の規定により、次のとおり利用登録の申し込みをします。

申込日 年 月 日

保護者氏名

登録児童	フリガナ 児童氏名		愛称	性別	生年月日
				男・女	年 月 日
	自宅住所	〒 —		自宅電話	— —
	通園・通学 施設	保育所・認定こども園・幼稚園 事業所内保育所・小学校		通園・通学 施設電話	— —
	かかりつけ 医療機関	名 称			担当医師名
住 所				電話番号	— —

保護者の 連絡先	保護者氏名（フリガナ）		続柄	年齢	勤務先	名称	
							住所
	携帯電話	— —				電話	— —
	保護者氏名（フリガナ）		続柄	年齢	勤務先	名称	
						住所	
携帯電話	— —				電話	— —	

保護者以外 の緊急連絡先	氏名（フリガナ）		続柄	年齢	（保護者以外） 家族構成	氏 名（フリガナ）		続柄	年齢	
	携帯電話	— —								
	氏名（フリガナ）		続柄	年齢						
携帯電話	— —									

登録時の 健康状態 ①	出生時の異常		無・有（ ）		発育・発達	ふつう・健診などで指摘あり					
	予 防 注 射	BCG		受けていない・受けた		三種混合（DPT）		受けていない・受けた			
		Hib（インフルエンザ菌b型）		受けていない・受けた（ ）回		四種混合（DPT-IPV）		受けていない・受けた（ ）回			
		麻疹風疹混合（MR）		受けていない・受けた（ ）回		肺炎球菌（PCV13）		受けていない・受けた（ ）回			
		ロタウイルス（経口）		受けていない・受けた（ ）回		B型肝炎		受けていない・受けた（ ）回			
		水痘（みずぼうそう）		受けていない・受けた（ ）回		おたふくかぜ		受けていない・受けた（ ）回			
		日本脳炎		受けていない・受けた（ ）回		ポリオ（IPV）		受けていない・受けた			
		その他						※経口（ ）回・注射（ ）回			

登録日： 年 月 日 登録番号：

（表面）

利根町病児保育事業利用登録申込書 (記入例)

利根町長 様

必ず、申込日・保護者氏名
をお願いいたします。

利根町病児保育事業実施要綱第11条の規定により、次のとおり利用登録の申し込みをします。

該当の箇所にご記入ください。

申込日 令和〇年 〇月 〇日

保護者氏名 利根 次郎

登録児童	フリガナ 児童氏名		愛称	性別	生年月日
	トネ タロウ 利根 太郎		たろう	男・女	令和〇年 1月 1日
	自宅住所	〒 300-1622 利根町布川〇〇〇番地〇〇		自宅電話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	通園・通学 施設	〇〇園	保育所 認定こども園 幼稚園 事業所内保育所・小学校	通園・通学 施設電話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	かかりつけ 医療機関	名称	〇〇クリニック	担当医師名	△△先生
	住所	〇〇市〇〇〇番地〇〇		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

保護者の 連絡先	保護者氏名 (フリガナ)		続柄	年齢	勤務先	名称	利根町役場
	利根 次郎 (トネ ジロウ)		父	30		住所	利根町布川841番地1
	携帯電話	012-3456-7890				電話	0297-68-2211
	保護者氏名 (フリガナ)		続柄	年齢	勤務先	名称	〇〇店
利根 花子 (トネ ハナコ)		母	30	住所		〇〇市〇〇番地〇〇	
携帯電話	012-3456-7891			電話		〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	

保護者以外 の緊急連絡先	氏名 (フリガナ)		続柄	年齢	(保護者以外) 家族構成	氏名 (フリガナ)		続柄	年齢
	利根 四郎 (トネ シロウ)		祖父	70		利根 四郎 (トネ シロウ)		祖父	70
	携帯電話	012-3456-7892				利根 優子 (トネ ユウコ)		祖母	65
	氏名 (フリガナ)		続柄	年齢		利根 三郎 (トネ サブロウ)		叔父	35
利根 優子 (トネ ユウコ)		祖母	65	利根 五郎 (トネ ゴロウ)		弟	0		
携帯電話	012-3456-7893								

登録時の 健康状態 ①	出生時の異常		無 有 ()	発育・発達		ふつう・健診などで指摘あり	
	予防注射	BCG	受けていない・受けた		三種混合 (DPT)	受けていない・受けた	
		Hib (インフルエンザ菌b型)	受けていない・受けた (1)回		四種混合 (DPT-IPV)	受けていない・受けた (1)回	
		麻疹風疹混合 (MR)	受けていない・受けた (1)回		肺炎球菌 (PCV13)	受けていない・受けた (1)回	
		ロタウイルス (経口)	受けていない・受けた (1)回		B型肝炎	受けていない・受けた (1)回	
		水痘 (みずぼうそう)	受けていない・受けた (1)回		おたふくかぜ	受けていない・受けた (1)回	
		日本脳炎	受けていない・受けた (1)回		ポリオ (IPV)	受けていない・受けた	
		その他	受けていない・受けた (1)回		※経口 ()回・注射 ()回		

(※裏面もご記入ください。)

登録日： 年 月 日 登録番号：

(表面)

