

年度病後児保育利用登録書

★本登録の有効期限は申請後初めて迎える3/31までです。
利用にあたっては、年度毎の登録が必要です。

まあや学園 学園長様

令和 年 月 日

申請者氏名(保護者) _____ 印 _____

住所 _____

電話番号 _____

ふりがな		加入している健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他()
児童氏名			記号番号 保険者番号
生年月日	年 月 日	通園・通学しているところ	
年齢	歳 か月		(保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校)

緊急連絡先	氏名	勤務先・連絡先名	電話番号
	①		
	②		
	③		
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 熱性けいれん(初回: 歳・最後: 歳) <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他:) <input type="checkbox"/> その他()		
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG(結核) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> Hib感染症 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> MR(麻しん・風しん) <input type="checkbox"/> インフルエンザ(年 月接種) <input type="checkbox"/> DT(ジフテリア、破傷風) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 4種混合(ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ)		
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状)		
減免該当の有無	<input type="checkbox"/> 減免対象者ではない 以下に該当される方は、利用料の減免を受けることができます。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯及び当該年度分の市町村民税非課税(利用料0円) <input type="checkbox"/> 前年分の所得税非課税世帯(利用料500円)		

病後児保育承諾書

認定こども園まあや学園
学園長 堀 良尚 様

年 月 日

病後児保育室を利用するにあたり、私共、利用児_____の
保護者は病後児保育の説明を受け、以下のことを承諾致します。

記

1. 病後児保育の開始時刻・終了時刻を始めとするきまり(病後児保育のしおりに記載事項)を遵守し、貴学園の指示に従います。
2. 利用料算定のため、税務資料の閲覧に同意します。
3. 病後児保育中、体調の変化により保育困難となった場合、早急に迎えに行きます。
4. 利用料は、利用当日朝に清算致します。
体調の変化によりお迎えが予定より早くなった場合でも、利用時間に関係なく、規定料金を支払います。
5. 利用申し込み時に虚偽の報告・申請があった場合、今後の利用は一切致しません。
6. 伝染性疾患のお子様と同室になり、感染する可能性があることを了承した上で預けます。
7. 病後児保育中における事故については、保険の適応できる範囲内で円満に解決するよう努めます。

以上

(保護者自署)

住所 _____

氏名 _____