

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	無 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)		