

大和町病後児保育施設利用登録届

年 月 日

大和町長 あて

申請者 住所 _____
氏名 _____ ㊞

病後児保育施設の利用登録について、次のとおり届出します。
なお、大和町病後児保育施設利用登録届を大和町病後児保育施設に送付すること並びに大和町が町で保管する住民記録情報及び利用料決定のため個人に属する情報を閲覧することについて同意いたします。

登録期間	年 月 日 から 年 月 日		
児童に関する こと	(ふりがな)	性 男 生年月日	
	氏名	別 女 年 月 日生(歳 箇月)	
	住所 (〒 -)	電話番号 ()	
	通園・通学先等	電話番号 ()	
	出生時の異常 (無・有)		
	発育・発達の状況【気になることが ない・ある ()】		
かかりつけの病院等	名称	主治医名	
	住所	電話番号 ()	
	氏名 続柄()	氏名 続柄()	
保護者	勤務先 名称	勤務先 名称	
	住所	住所	
	電話	電話	
既往歴	麻しん 歳 箇月	アトピー性 内服薬	水痘 歳 箇月
	風しん 歳 箇月	皮膚炎 食事療法	百日咳 歳 箇月
	喘息 薬 毎日・発作時	熱性 初回 歳 箇月	おたふくかぜ 歳 箇月
	吸入 毎日・発作時	けいれん 最近 歳 箇月	() 歳 箇月
その他	食物アレルギー 牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他 ()		
	薬物アレルギー 種類等 ()		
	入院の経験 無・有 (歳 箇月, 病名:)		
	無・有 (歳 箇月, 病名:)		
その他 (心配なこと, 配慮してほしいことについて記入してください。)			

※添付書類

- 1 登録児童の健康保険証, 乳幼児医療費受給者証の写し
- 2 大和町外に居住し, 大和町内の事業所に勤務する場合は, 確認できるものの写し
- 3 母子手帳の予防接種欄の写し