

様式第1号（第7条関係）

乳幼児健康支援一時預かり事業登録申込書

（登録番号）

子どもの名前 生年月日	ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日	平成 年 月 日
在園保育所 学校等	名称 電話番号（ ） —			
かかりつけの 病・医院名等	病院・医院の名称 担当医氏名 電話番号（ ） —			
健康保険 被保険者番号	保険の種類 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他（ ） 記号 番号 保険者番号			
保護者氏名 住所等	ふりがな 氏名 住所 電話番号（ ） —			
緊急連絡先 (2人)	氏名等 電話番号（ ） —			
	氏名等 電話番号（ ） —			
予防接種	三種混合	受けていない・受けた（1期 1回 2回 3回 1期追加）		
	BCG	受けていない・受けた	ポリオ	受けていない・受けた（1回・2回）
	はしか	受けていない・受けた	風疹	受けていない・受けた
	水ぼうそう	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた
<p>これまでにかかった主な感染症と病気 ※かかった病気の番号に○をつけてください。</p> <p>1 突発性発疹 2 はしか 3 風疹 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 手足口病 7 りんご病 8 百日咳 9 咽頭結膜炎 10 ヘルパンギーナ 11 熱性けいれん 12 じんましん 13 結核 14 喘息 15 アトピー性皮膚炎 16 とびひ 17 その他(病名)</p>				
アレルギー	なし・あり（具体的に記載） （食べ物 ミルク・たまご・ソバ・その他）			
お子さんについて、心配なことがあれば、具体的にお書きください。				

太宰府市乳幼児健康支援一時預かり事業実施規則第7条の規定により登録します。

なお、利用者負担額の決定に際し、生活保護受給の確認及び住民基本台帳、市民税・県民税課税台帳の閲覧をされることについて異存ありません。

平成 年 月 日

太宰府市長 井上保廣様

保護者氏名

利用者	年度	年度	年度	年度	年度	年度
負担額	円	円	円	円	円	円