

様式第1号(第7条関係)

太宰府市病児保育事業登録申込書 病児デイケアセンターだざいふ
(登録番号) 病児保育室ひなたぼっこ

子どもの名前 生年月日	ふりがな 氏名	性別 男・女	生 年 月 日	年 月 日生
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 保険者番号	保険の種類 記号	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他() 番号	保険者番号	
生活保護受給	あり ・ なし			
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 氏名等	電話番号() 電話番号()	— —	
予 防 接 種	インフルエンザ菌b型 (ヒブ)	未・済 (初回1回 2回 3回 追加)	BCG	未・済 (1回)
	小児用肺炎球菌	未・済 (初回1回 2回 3回 追加)	麻疹・風疹 (MR)	未・済 (1期 2期)
	B型肝炎	未・済 (初回1回 2回 追加)	水痘	未・済 (1回 2回)
	五種混合 (ジフテリア・百日 せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)	未・済 (1期初回1回 2回 3回 1期追加)	二種混合 (DT)	未・済 (1回)
	四種混合 (ジフテリア・百日 せき・破傷風・ポリオ)	未・済 (1期初回1回 2回 3回 1期追加)	ロタウィルス	未・済 (1回 2回 3回)
	日本脳炎	未・済 (1期初回1回 2回 1期追加 2期)	おたふくかぜ	未・済 (1回 2回)
<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。 1突発性発しん 2麻しん(はしか) 3風しん 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。				
定期的な通院等	あり (施設等名称) ・ なし			

太宰府市病児保育事業実施規則第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。

年 月 日

太宰府市長 殿

保護者氏名 _____

利用者 負担額	年度	年度	年度	年度	年度
	円	円	円	円	円