

病児・病後児保育事業登録申請書

2019年 1月 1日

←申請する日(こども未来課に提出する日)を記入してください。

日田市長 様

次のとおり、2019年度の病児・病後児保育事業の登録を申請します。

児童氏名 ひた はなこ 日田 花子		男・女 <input checked="" type="radio"/> 女	2017年 3月 22日 生まれ 満 1歳 出生順位 : 第(1)子 愛称 : (はなちゃん) 血液型 : A型 (RH +)
住所			
〒 877-8601 日田市田島2丁目6-1			
保護者氏名		電話番号	
日田 鮎実 (続柄 : 母)		〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇	
児童個人番号(12桁)		保護者個人番号(12桁)	
〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇〇	
緊急連絡先	連絡者(氏名)		電話番号
	① 日田 水男		携帯電話
	(続柄 : 父)		自宅 <input checked="" type="radio"/> 勤務先 〇〇 - 〇〇〇〇
			〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
	勤務先		(名称) 〇〇〇〇株式会社
			(所在地) 日田市〇〇町〇-〇
② 日田 下駄男		自宅 <input checked="" type="radio"/> 勤務先 〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
(続柄 : 祖父)		勤務先	(名称)
		(所在地) 日田市	
③ 日田 郷子		自宅・勤務先 〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
(続柄 : 祖母)		勤務先	(名称)
		(所在地) 日田市	
入所施設(学校)名: 〇〇 <input checked="" type="radio"/> 園・学校 Tel (〇〇) 〇〇〇〇			
負担額算定のための課税状況の確認について		<input checked="" type="radio"/> 同意する ・ 同意しない	
※要望・連絡事項			

※病児・病後児保育事業の登録は年度ごとに必要です。

←保護者氏名の欄に押印をお願いします。

←通知カード又はマイナンバーカードをご確認の上、お子さまと保護者のマイナンバーを記入してください。

←緊急時の連絡先となるため、優先度の高い人からご記入ください。

他市に居住している祖父母等、できるだけご記入をお願いします。

←お子さまが認定こども園・保育園等に通っていない場合は空欄にしてください。

←利用料を算定するために課税状況を確認します。

負担金算定のための課税状況等の調査に同意されない場合、減免等を受けることができません。

←お子さまの持病等、気になることがあればご記入ください。

【注】 1. 負担金算定のための課税状況等の調査に同意されない場合、減免等を受けることができません。

2. 課税状況等の調査の際に、書類を提出してもらう場合があります。

3. 課税状況等に係る書類の提出がない場合、減免等を受けることができません。

4. 年度ごとに登録申請が必要です。

かかりつけの病院	① 小児科 (<input type="radio"/> 小児科) Tel (<input type="radio"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	⑤ 皮膚科 (<input type="radio"/> 皮膚科) Tel (<input type="radio"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)
	② 外科 (<input type="radio"/> 病院) Tel (<input type="radio"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	⑥ 耳鼻科 (<input type="radio"/> 耳鼻科) Tel (<input type="radio"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)
	③ 眼科 (<input type="radio"/> 眼科) Tel (<input type="radio"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	⑦ 整形外科 (<input type="radio"/> 整形外科病院) Tel (<input type="radio"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)
	④ 内科 (<input type="radio"/> クリニック) Tel (<input type="radio"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)	⑧ その他 (<input type="text"/>) Tel (<input type="text"/>) - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>)
睡眠	・睡眠時間 (21時00分 ~ 7時00分) 8時間00分 ・昼寝時間 (13時00分 ~ 15時00分) 2時間00分 ・寝る時の姿勢 特徴: あおむけ ・うつぶせ ・その他 (<input type="text"/>) ・寝つき(寝かせ方) 良い ・悪い 癖 (<input type="text"/>) ・寝起き 良い ・ 悪い 癖 (<input type="text"/>)	
その他	・性格 (明るい、おしゃべり) ・好きな遊び (おままごと、人形遊び) ・家庭で主に保育する人 (母) ・衣服の着脱: <input type="checkbox"/> できる ・ <input checked="" type="checkbox"/> できない ・好きな物 おもちゃ (人形、ぬいぐるみ) 動物 (うさぎ、くま) ・障がいの有無: 有 <input type="checkbox"/> ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
既往歴	・突発性発疹 (0 才) ・百日咳 (<input type="checkbox"/> 才) ・おたふくかぜ (<input type="checkbox"/> 才) ・水痘 (<input type="checkbox"/> 才) ・アトピー性皮膚炎 ・麻疹 (<input type="checkbox"/> 才) ・アレルギー性鼻炎 ・風疹 (<input type="checkbox"/> 才) ・じんましん ・喘息 ・中耳炎 (<input type="checkbox"/> 才) ・肺炎 (<input type="checkbox"/> 才) ・ひきつけ (初回 歳)(最近 歳)(累計 回) ・けいれん (初回 歳)(最近 歳)(累計 回) ・その他 (<input type="text"/>)	食 事 状 況 ・母乳 ・人工乳 ・混合乳 (1日 回) ・規則的: (<input type="text"/> 時間毎) ・不規則: <input checked="" type="checkbox"/> 離乳食 ・幼児食 ・普通食 ・おやつ (<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) ・食事の方法 哺乳瓶 ・ <input checked="" type="checkbox"/> スプーン コップ ・ 箸
予防接種	・4種混合 (1期3回) (3種混合+ポリオ) <input checked="" type="checkbox"/> MR ・ <input checked="" type="checkbox"/> BCG ・ <input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎 <input checked="" type="checkbox"/> 水痘 ・ おたふくかぜ ・ <input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎 <input checked="" type="checkbox"/> Hib (1期3回) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌 (1期3回)	
薬の使用	何が飲みますか? <input checked="" type="checkbox"/> 水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 坐薬を使ったことがありますか? <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 解熱剤 ・ 吐き気止め <input type="checkbox"/> けいれん止め ・ その他 (<input type="text"/>)	
	アレルギー	・ある (<input type="checkbox"/> 除去食) <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 食物 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 薬物 (<input type="text"/>) <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)

←お子さまの容態等によって、かかりつけ医に連絡をする場合があります。
 よく利用する病院をご記入ください。
 ※①～⑦すべてを記入する必要はありません。

←お子さまにとっては、初めての施設、初めての先生となります。
 お子さまにとってよい環境にするためにも、できるだけ具体的にご記入ください。
 ご利用される場合は、お気に入りのおもちゃやおやつなどを持参することができます。

←病児保育中にお子さまの容態が悪化した場合、既往歴や排泄状況が受診の際の情報になります。

←予防接種は母子手帳を見てご記入ください。
 例えば、おたふくかぜの予防接種をしていないお子さんとおたふくかぜを発症しているお子さんを同時に、預かる場合、部屋割りだけでなく感染しないような配慮が必要となります。

※ 「かかりつけの病院」は、主に通院する病院を記入してください。
 ※ 「既往歴」・「予防接種」については、該当する項目を選択してください。
 (年齢は、病気がなった年齢を記入してください。)
 ※ 「排泄状況」でオムツを使用している児童については、施設では「紙オムツ」のみの使用となります。