

## 西宮市病児保育事業 登録申請書

年 月 日

西宮市長様

次のとおり、病児保育事業の利用登録を申請します。また、市が実施施設から利用状況（利用年月日、病名）の報告を受ける場合及び利用料を減免する場合は、その算定に関し、申請内容を調査することに同意します。

申請者(保護者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

電話 ( ) - \_\_\_\_\_

登録児童	ふりがな 氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日 (年齢: 歳 ヶ月)	
在籍する 保育所、幼稚園、 小学校等	施設・園・学校名	
かかりつけの 医療機関	医療機関名: 担当医: 電話: - -	
利用料減免	<input type="checkbox"/> 減免あり (生活保護世帯の場合)	
緊急時の 連絡先	優先①氏名: (続柄: )	電話: - -
	優先②氏名: (続柄: )	電話: - -
今までに かかった病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他大きな病気やけが (病名:    いつ頃: )	
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 三種混合 ( 回) <input type="checkbox"/> 四種混合 ( 回) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) ※食事制限 ( )	
その他	預かる際に注意すべきことなど	