

滝川市病後児保育事業登録申込書兼調査表

年 月 日

滝川市長 様

申込者 住所
 (保護者) 氏名
 児童との続柄：
 電話番号

滝川市病後児保育事業実施要綱第11条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

フリガナ 児童氏名	生年月日		令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)			
	性 別		男 ・ 女			
通園施設名	(保育所、幼稚園、託児所)					
申 込 者 及 び 同 居 の 家 族	氏 名	続柄	生年月日	勤務先	勤務先住所	勤務先TEL
		本人				
同意書						
病後児保育事業の利用に必要な私又は私の世帯に属する者の収入、課税等の状況、納税の状況、世帯員の状況等について、公簿等により確認されることに同意します。						
年 月 日			氏 名 ㊟			

(市記入欄) ※記入しないでください。

※ 保 育 料	区 分	1 日	5 時間以内
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯・市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 0円	<input type="checkbox"/> 0円
	<input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 1,000円	<input type="checkbox"/> 500円
	<input type="checkbox"/> 所得税課税世帯	<input type="checkbox"/> 2,000円	<input type="checkbox"/> 1,000円

記入日 年 月 日

フリガナ 児童氏名		かかりつけの病院 小児科 歯科		TEL TEL		
今までにか かったこと のある病気	・麻しん（はしか） ・おたふくかぜ ・水痘 ・風しん ・熱性けいれん（直近の日付 / ） 既往（ ） 往 症 （ ） 療 中 （ ）		出 生	分 娩	正常 手術 かんし さかご 仮死 吸引 早期破水	
				胎 生 期 間	週	
				体 重	g	身 長
入院したこと： 無・有		（病名： 歳 ヶ月）		（病名： 歳 ヶ月）		
接種した予防接種						
・ヒブ(1回目・2回目・3回目・4回目) ・小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・4回目) ・ロタウイルス(1回目・2回目) ・B型肝炎(1回目・2回目・3回目) ・日本脳炎(1回目・2回目・3回目・4回目) ・BCG ・四種混合(1回目・2回目・3回目・4回目) ・五種混合(1回目・2回目・3回目・4回目) ・水痘(1回目・2回目) ・麻しん、風しん(第1期・第2期) ・流行性耳下腺炎(1回目・2回目)						
アレルギー 性疾患につ いて		1 アレルギー（無・有）		2 診断（済・未済）		
		3 薬アレルギー（無・有）				
		・アレルギーの症状（ ） ・アレルギー（ ） ・食べさせて困るもの（ ） ・その他（ ）				
普 段 の 生 活	食 事	乳 児	栄養法（母乳・人工・混合） 1回（ ）cc 1日（ ）回			
		幼 児	離乳食 1日（ ）回			
			離乳食の完了（ 歳 ヶ月）			
			食欲（旺盛・普通・少食） 食事状況（1人で食べる・介助が必要）			
		排 泄	オムツ ・トイレトレーニング中 ・寝ているときのみオムツ ・自立している			
		睡 眠	睡眠時間（昼 : ~ : ）（夜 : ~ : ）			
知っておいてほしいこと、気がかりなこと及びご要望があればお書きください。						