第１号様式（第11条関係）

鎌ケ谷市病後児保育事業利用登録（変更）申込書

年　　月　　日

鎌ケ谷市長　様

申込者（保護者）	氏名		児童との続柄	
	住所	鎌ケ谷市		

＊登録番号
（この欄は記入不要です）

次のとおり、鎌ケ谷市病後児保育事業の利用登録を申し込みます。
また、この申込書を実施施設で使用すること、鎌ケ谷市が申し込み内容について必要に応じて調査すること及び実施施設からの利用状況の報告を受けることに同意します。

児　童	ふりがな		性　別	生年月日	年　齢
	氏　名		男・女	年　月　日	歳　月
現在の保育状況	（通所施設名）		（その他）		
保護者連絡先	氏　名	（続柄）	氏　名	（続柄）	
	自宅電話		自宅電話		
	連絡先	（名称）	連絡先	（名称）	
		（電話）		（電話）	
かかりつけ医療機関	名　称		所在地		
	主治医名		電　話		

予防接種	ＢＣＧ接種	受けた・受けていない		
	ポ　リ　オ	第１回　受けた・受けていない	第２回　受けた・受けていない	
	三種混合	受けた１期　１回　２回　３回・受けていない	２期　受けた・受けていない	
	麻疹（はしか）	受けた・受けていない	おたふく風邪	受けた・受けていない
	風　　疹	受けていない・受けた	水ぼうそう	受けた・受けていない
	日本脳炎	基　礎　受けた・受けていない	追　加　受けた・受けていない	
	そ の 他			

感染症歴	これまでかかった病気に○をつけてください
	１．はしか(麻疹)　２．風疹　３．水ぼうそう　４．おたふくかぜ ５．突発性発疹　６．その他（　　）

その他の病気	熱性けいれん	初回　　歳　　か月　・　最近　　歳　　か月　（過去　　回程度）
	喘　　息	□薬を飲んでいる　{□毎日　（□朝・□昼・□夕）　・　□発作時のみ} □吸入をしている　{□毎日　（□朝・□昼・□夕）　・　□発作時のみ}
	アトピー性皮膚炎	□薬を飲んでいる □薬を塗っている □食事療法をしている（除去食品　　） ＊食べてしまった時の症状（　　）
	上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか｛□いいえ　□はい（具体的に　　）｝	
	頭を強く打ったことがありますか｛□いいえ　□はい（具体的に　　）｝	
	入院したことがありますか｛□いいえ　□はい（具体的に　　）｝	
	常時飲んでいる薬がありますか｛□いいえ　□はい（具体的に　　）｝	
	与薬後、発疹や異常が出たことがありますか｛□いいえ　□はい（具体的に　　）｝	
	その他の体質やアレルギー、癖などはありますか｛□いいえ　□はい（具体的に　　）｝	

利用料	下記のいずれかに該当する白井市及び鎌ケ谷市在住の方は、利用料が無料になりますので（※食事等実費を除く）、該当する場合は、チェック又は同意の署名をしてください（当日御利用の際や、公簿で確認できない場合は、該当する下記書類の提出が必要になります。） □生活保護世帯・・・・生活保護法による保護受給証明書 □市民税非課税世帯・・非課税証明書 病後児保育の利用に当たって、算定に必要な市の課税状況（同一世帯を含む。）を閲覧することに同意します。 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

有効期限：登録日から１２歳に達する日以後最初の３月３１日まで
ただし、利用料の免除を受ける場合は、市の確認を受けた日から、最初の8月31日まで。

市記載欄	該当世帯	チェック欄	市確認
受付年月日	生活保護世帯		
	市民税非課税世帯		
	非該当		