（様式第１号）

美里町病後児保育事業登録申請書

年　　月　　日

美里町長　様

申 請 者　〒
住　　所
氏　　名　　㊞
電話番号（　　－　　－　　）

下記のとおり、美里町病後児保育事業の登録を申請します。

ふりがな 児童氏名	男 女	生年 月日	年　月　日 （　歳　ヶ月）	登録 期間	年　月　日 ～　年　月　日

世帯の状況	氏　名	続柄	生年月日	就労先等（勤務先・勤務時間等）

緊急連絡先	①氏名：	電話番号：　－　－
	②氏名：	電話番号：　－　－
かかりつけ医療機関	①医療機関名：	電話番号：　－　－
	②医療機関名：	電話番号：　－　－

被保険者証	社保・国保・その他	記号		番号	

これまでにかかった主な病気や感染症等	＜かかった病気に〇を付けてください。＞ １．突発性発疹　２．はしか　３．風疹　４．水ぼうそう　５．おたふく風邪 ６．熱性けいれん（初回　歳・最後　歳、これまで　回、坐薬の指示　有　・　無　） ７．喘息及び喘息様気管支炎（薬の服用：　毎日・発作時のみ・なし　吸入方法：　毎日・発作時のみ・しない） ８．アトピー性皮膚炎（　内服　・　食事療法　）　９．食物アレルギー（　　） １０．その他（　　）
入院したこと	【　ない　・　ある　】 ある場合⇒　（病名：　　年齢：　歳　ヶ月） （病名：　　年齢：　歳　ヶ月）
予防接種	＜当てはまるものに☑チェックしてください。＞ １．三種混合【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】　２．四種混合【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】 ３．ポリオ生【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】　４．ポリオ不活化【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】 ５．BCG【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】　６．MR ワクチン【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】 ７．日本脳炎【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】　８．肺炎球菌【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】 ９．ヒブ【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】　１０．おたふく風邪【　☐　受けた　・　☐　受けていない　】 １１．その他【　　】