

様式第 1 号（第 8 条関係）

年 月 日

南風原町病児保育事業利用登録申請書

南風原町長 殿

保護者
住所 _____
氏名 _____ 印

病児保育事業の利用登録を申し込みます。

ふりがな				男	年 月 日生
児 童 氏 名				女	(歳 月)
児童の状況	1 () 保育園、2 () 幼稚園、 3 () 小学校 () 年生、4 未就園児、5 その他 ()				
家庭の状況 及び緊急連 絡先	氏 名	続柄	緊急連絡先	電 話 番 号	
健 康 保 険 被 保 険 者 番 号		記号 ()、番号 () 被保険者番号 ()			
生 活 保 護 の 有 無		有・無 (年 月 日 生活保護開始)			
【予防接種】ヒブ（未・1回・2回・3回・追加）、肺炎球菌（未・1回・2回・3回・追加）BCG（未・済み）、4種混合（未・1回・2回・3回・追加）、MR（未・Ⅰ期・Ⅱ期）日本脳炎（未・Ⅰ期（1・2・追加））、水痘（未・済み）、おたふくかぜ（未・済み）					
【これまでにかかった病気があれば○印をつけて下さい】 1 はしか 2 風疹 3 百日咳 4 おたふくかぜ 5 水痘 6 手足口病 7 突発性発疹 8 他 ()					
【アレルギーについて】 1 アトピー性皮膚炎：なし・あり 2 気管支喘息：なし・あり 3 食物アレルギー：なし・あり（原因の食物：)					
【定期で内服している薬】 なし・あり ()					
かかりつけ医】 なし・あり ()					