

伊賀市病児保育室利用登録申請書兼利用申請書

年 月 日

伊賀市長 様

申請者 住所
氏名
電話

ふりがな 児童名	平成・令和 年 月 日生まれ 歳 カ月 (男・女)		
在籍する 学校等の名称	※在籍している保育所(園)・学校等の名称を記入		
世帯区分	1. 市町村民税所得割課税世帯 2. 市町村民税課税世帯 (1に該当する世帯を除く) 3. 市町村民税非課税世帯又は生活保護世帯		
※緊急連絡先 ※必ず繋がる連絡先(優先順位 の高い方を①へ)をお書きく ださい。①の方が不在の場合 に②の方に連絡します。	氏名	児童との続柄	連絡先(電話番号)
	①		携帯) 職場)
	②		携帯) 職場)
予防接種 ※打ったことのあるもの全 てに○をしてください (季節性ものは今季に 接種したもの)	ロタ ヒブ 小児肺炎球菌 B型肝炎 ポリオ 四種混合 BCG 麻疹風疹(MR) 水ぼうそう おたふくかぜ 日本脳炎 二種混合(DT) 子宮頸がん(HPV) インフルエンザ 新型コロナ その他()		
既往歴	※かかったことのある病気、入院して治療した病気や手術があれば記入してください。		

承諾書

1. 利用決定に当たり、世帯員の課税資料及び生活保護受給状況について調査されることを承諾します。
2. 症状により処置が必要となった場合には、医療措置(点滴、注射、服薬、検査等)を受けさせることを承諾します。また、緊急時、保護者との連絡がとれない場合に入院などの判断は一任します。

※病児保育利用児以外の世帯を共にする方を記入してください。

氏名	申請者との続柄	生年月日
申請者	本人	年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※以下は職員が聞き取りの後、記入します。

主な症状	発熱 咳 鼻水 その他()	利用日	投薬	あり・なし
主な症状	発熱 咳 鼻水 その他()	利用日	投薬	あり・なし
主な症状	発熱 咳 鼻水 その他()	利用日	投薬	あり・なし