

別記様式第1号(第8条関係)

国富町乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録申請書

年 月 日

国富町長 殿

住 所 国富町大字  
 申請者 氏 名  
 電 話

印

次のとおり国富町乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録をしたいので申請します。

ふりがな		生 年 月 日	性別	申請者との 続 き 柄	保育所等の名称
児 童 氏 名					
		年 月 日 (満 歳 ヶ月)	男・女		
通院病院	病院名		担当医師名		電話
					—
既往症 (これまでに かかった病気 すべてに○)	1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風疹(三日ばしか) 5. 頭結膜炎(プール熱) 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. ペルパングーナ 8. 百日咳 9. 手足口病 10. 感染性紅斑(リンゴ病) 11. 熱性けいれん 12. 川崎病 13. 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) 14. 結核 15. 喘息 16. アトピー性皮膚炎 17. とびひ 18. 湿疹 19. 食物アレルギー(ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・ ) 20. その他( )				
アレルギー 体質の有無	有(詳細に )・無				
予防接種 (これまでに 受けたものす べてに○)	1. B. C. G(結核) 2. ポリオ 3. 麻疹(はしか) 4. 日本脳炎 5. M. M. R(はしか・おたふく・三日ばしか・混合) 6. 風疹(三日ばしか) 7. D. P. T(百日・ジフテリア・破傷風・混合) 8. 水痘(水ぼうそう) 9. 二種混合(ジフテリア・破傷風・混合) 10. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 11. インフルエンザ 12. Hib 13. 肺炎球菌 14. その他( )				
児童に対する 留意点					
保 護 者	氏名	父	自宅電話		—
		母			
	勤務先名 (緊急連絡先)	父	勤務先電話		—
		母			
世帯状況	1. 生活保護法による被保護世帯 2. 町民税非課税世帯 3. 所得税非課税世帯(1・2を除く) 4. その他の世帯 ※1～3に該当する世帯は、そのことを明らかにする書類等を添付してください。				
加入医療保険	記号	番号	保険者名	保険者番号	