

碧南市病児保育事業利用登録票

令和 年 月 日

碧南市長 殿

保護者		続柄	勤務先
氏名			事業所名
携帯電話			所在地
携帯アドレス			電話
氏名			事業所名
携帯電話			所在地
携帯アドレス			電話

児童	生年月日	性別	通園・通学施設等
(ふりがな)	年 月 日		
氏名	( 歳 ヶ月 )		

住所 〒 -

**既往症**(今までにかかった病気に○をつけて、【 】の内容に記入してください。)

突発性発疹 水痘(水ぼうそう) 麻疹(はしか) 風疹(三日ばしか) 肺炎 溶連菌感染症  
 おたふくかぜ 百日咳 ヘルパンギーナ てんかん【最終発作 年 月 日】  
 B型肝炎(キャリアを含む) 気管支喘息【薬の服用は毎日・不調時のみ】 手足口病 とびひ  
 咽頭結膜熱(プール熱) アトピー性皮膚炎 川崎病【心臓合併症あり・なし】  
 熱性けいれん【初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回 予防投与 要・不要】  
 食物アレルギー【牛乳・卵・大豆・小麦・その他( )】  
 その他【具体的に: 】

**予防接種**(母子手帳を確認し、これまでに受けた予防接種と【 】の回数に○をつけてください。)

Hibワクチン【1回目・2回目・3回目・追加】 小児用肺炎球菌【1回目・2回目・3回目・追加】  
 B型肝炎【1回目・2回目・3回目】 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】  
 BCG 麻しん・風しん【1回目・2回目】 水痘【1回目・2回目】 おたふくかぜ【1回目・2回目】  
 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】 ロタ【(全2回・全3回) 1回目・2回目・3回目】  
 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 不活性化ポリオ【I期 1回目・2回目・3回目・追加】  
 インフルエンザ【最近受けたのは 月 日】 その他【 】

**入院経験** (入院経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。)

ない ある 【 歳 ヶ月 病名 】  
 【 歳 ヶ月 病名 】

**常時内服している薬**(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。)

ない ある 【 具体的に: 】

**その他**(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください。)

上記のとおり、碧南市病児保育事業利用について登録します。  
 なお、利用資格および利用料を決定するため、碧南市が必要な保護者および世帯員(同居の別世帯員も含む)の市民税等の税情報および保育園等の公簿の閲覧を承諾します。  
 また、病児保育に必要な情報を実施医療機関へ通知することを承諾します。

申請者名

この控えが利用登録証となりますので、大切に保管し、病児保育を利用する際は必ず提示してください。

登録番号		全額減免 2,000円
------	--	----------------

※病児保育利用手数料の減免を希望する場合は、別途申請書を提出してください。

対象世帯  
市内在住の生活保護世帯 又は 市民税非課税世帯

