

病児・病後児保育事業利用登録書

年 月 日

(〒 —)

(宛先) 南アルプス市長

保護者 住所

(申請者) 氏名

連絡先

南アルプス市病児・病後児保育事業を利用するため、次のとおり登録を依頼します。

児童に関する こと	(ふりがな) 氏名		生年月日 年 月 日生 (歳 月)	
	住所 (〒 —)		電話番号 ()	
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	通園・通学先		電話番号 ()	
保護者	かかりつけ病院等 名称		主治医名 電話番号 ()	
	緊急時連絡先 (第1連絡者)		緊急時連絡先 (第2連絡者)	
	氏名 (続柄) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		氏名 (続柄) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	勤務先	名称	勤務先	名称
	電話番号		電話番号	
同意事項	<p>子どもの健康管理に万全を期すため及び南アルプス市病児・病後児保育事業（以下「事業」という。）の円滑な運営に資するため、次の事項に同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 本事業に係る費用負担額を決定するため、私及び世帯員の住民基本台帳及び市町村民税課税状況に関する情報を確認すること。 利用に際し、この登録書の写しを事業実施施設が取り扱うこと。 この登録書の記載内容と、事業の実施過程で各市町村及び事業実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、各市町村、各事業実施施設並びに関係医療機関の間で情報を提供すること。 別に定める各事業実施施設の規程に従うこと。 本登録は年度ごとに必要になること。また、登録内容に変更があった場合は、変更の届出が必要になること。 <p style="text-align: right;">保護者（申請者）氏名 ㊞</p>			

※以下の項目は自治体記入欄です。（記入しないでください。）

受付年月日	利用者負担額（保育料）*に係る階層区分の確認欄 <input type="checkbox"/> 第1階層に該当 <input type="checkbox"/> 第2階層に該当 *子ども・子育て支援法施行令（平成26年政令第213号）に基づき、国の定める階層区分に従うものとする。 <input type="checkbox"/> 上記以外
-------	--

※添付書類 別紙のとおり

児童氏名

病児・病後児保育を利用する児童の状況について、次の項目に記入してください。
(母子健康手帳や健康保険証の写しをもって代えることができます。)

○予防接種の記録

Table with columns for vaccine type (BCG, Hib, Polio, etc.), number of doses, and dates. Includes a section for 'その他' (Others) with blank rows for additional vaccines.

○過去にかかった感染症(既往歴)の状況

Table with columns for infection type (Measles, Rubella, etc.), age, and date. Includes a section for 'その他' (Others) with blank rows for additional infections.

○その他留意事項

Form for other notes including allergy status (食物アレルギー, 薬物アレルギー), hospitalization history, and birth circumstances.

○健康保険証及び乳幼児医療証

Table for health insurance and infant medical certificate information, including fields for insurer name, effective period, and recipient number.