

病児保育室ダンボ利用登録票

府 中 町 長

次のとおり府中町病児・病後児保育事業の登録を申し込みます。利用に当たっては、下記の事項について同意します。

- ①登録票を実施施設で使用すること。②府中町が利用に必要な個人情報を実施施設に提供すること。
- ③府中町が実施施設から利用者の個人情報を含む実施内容について報告を受けること。

施設記入欄
登録番号
カルテ番号

登録日 平成 年 月 日 (初回・更新)

ふりがな 氏 名	男・女	生年月日	平成 年 月 日 歳 月
愛 称	通園・通学先		
自宅住所 (〒)	*該当する減免があれば○してください。 生活保護・保育所保育料0円世帯 ・ひとり親世帯(前年分の所得税及び 前年度の市町村民税が非課税世帯に限る)		
自宅電話			
保 護 者	ふりがな 父氏名	連絡先(携帯電話) :	
	ふりがな 母氏名	連絡先(携帯電話) :	
連 絡 先	連絡相手	場 所 (勤務先)	電 話
	1) 父・母・その他()		
	2) 父・母・その他()		
	3) 父・母・その他()		
病児保育室ダンボ利用(兄弟児を含む) 兄弟児で使用的場合 氏名 あり・なし			
予 防 接 種	お済みのワクチンを○で囲んでください 麻しん風しん：1期・2期、ポリオ：1回・2回・3回・4回 三種混合：1期1回・1期2回・1期3回・追加 四種混合：1期1回・1期2回・1期3回・追加 みずぼうそう、おたふくかぜ、日本脳炎、BCG、ヒブ、肺炎球菌		
感 染 症 歴	かかった病気を○で囲んでください みずぼうそう、おたふくかぜ、麻しん、風しん、百日咳、B型肝炎 その他(具体的に)		
過 去 の 病 気	熱性けいれん：初回 歳 月、最後は 歳 月 気管支喘息：あり・なし アトピー性皮膚炎：あり・なし その他(具体的に) 入院：あり・なし ありの場合病名：		
ア レ ル ギ ー	食物アレルギー：あり・なし (食品名：) ありの場合、除去食必要・不必要 *除去食必要の場合は、必ずお弁当、おやつ、お飲み物は持参してください 薬剤のアレルギー：あり・なし(薬剤名：)		

*登録の有効期間は登録日の属する年度末までです。登録料1,000円(1世帯)は初回利用時に発生します。

*免除対象の該当の有無は、町で課税状況等を確認しますが、前年度1月1日現在、町外に住民票があった方など課税状況の確認ができない方は、非課税証明書等が必要となる場合があります。

【施設記入欄】

初回利用日 平成 年 月 日	登録料(1世帯1,000円)	受領・免除
----------------	----------------	-------