

様式第1号（第9条関係）

病児・病後児保育利用申請書

年 月 日

受託者 様

(申請者)

住 所

氏 名

倉吉市病児・病後児保育事業の利用を申請します。

利用料の区分の確認に必要な住民税等の資料を確認されることに同意します。

児 童 名	氏 名	生 年 月 日 (年齢)	性別
	ふりがな	年 月 日生 (歳 月)	男・女
利 用 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
通園施設名	(市・町) () 保育園・幼稚園・こども園・届出保育施設 () 小学校 () 年		
かかりつけ 医 療 機 関	() 医院・病院 (科) 主治医 (医師) 電話 () —		

保護者緊急連絡先			
ふりがな 氏 名	続 柄	第1連絡先	第2連絡先
		自宅・携帯・勤務先 (会社名等) — —	自宅・携帯・勤務先 (会社名等) — —
		自宅・携帯・勤務先 (会社名等) — —	自宅・携帯・勤務先 (会社名等) — —
保 育 室 の 利 用	はじめて ・ 2回目以降		
世帯の区分	1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他		
※利用料(事業受託 者記入欄)	病児保育 1, 5 0 0 円 × 日 = 円 病後児保育 5 0 0 円 × 日 = 円		
備 考			

◎ ※印の欄は、記入する必要はありません。裏面も必ず記入してください。

(裏)

*利用するお子さんについてお書きください。(該当するところに○をしてください。)

愛 称		平 熱	℃
-----	--	-----	---

予防接種・今までにかかった病気の状況(母子健康手帳を確認しながら記入してください。)

※定期接種、任意接種は年により制度が変動しています。

予防接種名	未・済
五種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)	未・1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加
四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	未・1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加
ヒブ	未・初回(1回目・2回目・3回目)・追加
小児用肺炎球菌	未・初回(1回目・2回目・3回目)・追加
B型肝炎	未・1回目・2回目・3回目
ロタウイルス	未・1回目・2回目・3回目(5価のみ)
BCG	未・済
麻しん風しん	未・1期・2期
水痘(みずぼうそう)	未・1回目・2回目
日本脳炎	未・1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期
(任意接種)おたふくかぜ	未・1回目・2回目
(任意接種)インフルエンザ ※直近1年以内	未・1回目・2回目

かかった病気			
突発性発疹	有(歳 ヶ月)・無	麻しん(はしか)	有(歳 ヶ月)・無
アトピー性皮膚炎	有・無	風しん(三日ばしか)	有(歳 ヶ月)・無
喘息、気管支炎	有(継続治療中・悪化時のみ)・無	水痘(みずぼうそう)	有(歳 ヶ月)・無
ひきつけ	有・無	おたふくかぜ	有(歳 ヶ月)・無
最後の発作	年 月 日	その他()	
障がい等	障がい名:		
有・無	配慮してほしいこと:		
アレルギー	病名及び原因となるもの		
有・無	食事制限を受けているもの(卵・牛乳・小麦・その他) 薬物アレルギー (有・無)		
排 泄	・ 自分で出来る ・オムツ ・トレーニング中(言える・言えない)		
睡眠時の姿勢	・ うつ伏せ寝 ・仰向け寝 ・寝るときの癖()		
入院したこと	(病名: いつ: 歳 ヶ月)		
有・無	(病名: いつ: 歳 ヶ月)		
その他	脱臼の有無、くせ等心配なこと、気を付けてほしいこと		