

## 様式第 1 号(第 1 0 条関係)

## 本庄市病児保育事業利用登録書兼利用申込書

年 月 日

(あて先)本庄市長

保護者 住所

氏名

本庄市病児保育事業実施要綱第 1 0 条の規定により、次のとおり提出します。  
 なお、児童の容態の急変により実施施設の指定する病院等において、診察等を行うことがあることに私は同意します。

|                                              |                                                    |       |                       |       |  |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|-----------------------|-------|--|
| ふりがな<br>児童氏名                                 |                                                    |       | 児 童 の<br>愛 称          |       |  |
| 生 年 月 日                                      | 年 月 日 生<br>( 歳 か 月 )                               |       | 性 別                   | 男 ・ 女 |  |
| 住 所                                          | 本 庄 市                                              |       |                       |       |  |
| 保 護 者                                        | 父 氏 名                                              | ( 歳 ) |                       |       |  |
|                                              | 母 氏 名                                              | ( 歳 ) |                       |       |  |
| 確 実 に 連 絡<br>す る こ と が<br>で き る 緊 急<br>連 絡 先 | 氏 名 :                                              |       | 児 童 と の 続 柄 :         |       |  |
|                                              | 電 話 番 号 :                                          |       | ( 勤 務 先 ・ 自 宅 ・ 携 帯 ) |       |  |
|                                              | 氏 名 :                                              |       | 児 童 と の 続 柄 :         |       |  |
|                                              | 電 話 番 号 :                                          |       | ( 勤 務 先 ・ 自 宅 ・ 携 帯 ) |       |  |
| 通 所 ( 園 ・ 学 )<br>在 宅 等                       | ( ) 保 育 所 ( 園 ) ・ 幼 稚 園 ・ 小 学 校<br>在 宅 ・ そ の 他 ( ) |       |                       |       |  |
| 健 康 保 険                                      | 種 類 :                                              |       | 記 号 番 号 :             |       |  |
| 主 治 医 名                                      | 電 話 :                                              |       |                       |       |  |

※ 申込書に、健康保険証の写し、子ども医療費受給資格証、診療情報提供書  
 (病児保育医師連絡票) を添付してください。

児 童 氏 名 \_\_\_\_\_

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| やむを得ない<br>と認められ<br>る理由 | 1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産<br>5 その他 ( )  |
| 利用期間                   | 年 月 日 ~ 年 月 日                     |
| 傷病名                    |                                   |
| 児童の平常<br>の健康状態         | 良好 かかりやすい病気：                      |
| これまでに<br>かかった主<br>な病気  |                                   |
| 内服薬等                   |                                   |
| アレルギー                  | なし ・ あり (原因物質：)                   |
| その他                    | 体質(薬物アレルギーなど)やくせ等、心配なことや配慮してほしいこと |

事務処理欄

|             |              |                                  |
|-------------|--------------|----------------------------------|
| 実施施設<br>記入欄 | 実施施設名        | 費用<br>円 × 日 分 = 円<br>円 × 日 分 = 円 |
|             | 登録番号         |                                  |
| 本庄市<br>記入欄  | 受付日<br>年 月 日 | 備考                               |