

西宮市病児保育事業 登録申請書

年 月 日

西宮市長様

次のとおり、病児保育事業の利用登録を申請します。また、市が実施施設から利用状況（利用年月日、病名）の報告を受ける場合及び利用料を減免する場合は、その算定に関し、申請内容を調査することに同意します。

申請者 住所 _____
 氏名 _____ ④
 電話 () - _____

登録児童	ふりがな 氏名 (男・女)	続柄	
生年月日	年 月 日 (年齢: 歳 ヶ月)		
在籍する 保育所、幼稚園、 小学校等	施設・園・学校名		
かかりつけの 医療機関	医療機関名: 担当医: 電話: - -		
利用料減免	<input type="checkbox"/> 減免あり (生活保護世帯の場合)		
緊急時の 連絡先	優先①氏名:	(続柄:)	電話: - -
	優先②氏名:	(続柄:)	電話: - -
今までに かかった病気	かかったものに○をつけてください。 1.突発性発疹 2.麻疹 3.風疹 4.水疱瘡 5.おたふくかぜ 6.結核 7.熱性けいれん 8.心臓病 9.川崎病 10.アトピー性皮膚炎 11.ぜんそく 12.その他大きな病気やけが (病名: いつ頃:)		
予防接種	受けたものに○をつけてください。 1.ヒブ 2.肺炎球菌 3.ロタウイルス 4.三種混合・四種混合 5.ポリオ 6.日本脳炎 7.BCG 8.麻疹・風疹混合 9.おたふくかぜ 10.水疱瘡 11.B型肝炎		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※食事制限 ()		
その他	預かる際に注意すべきことなど		