様式第１号（第９条関係）

**苫小牧市病後児保育事業　利用登録申請書**

申請日　令和　　年　　月　　日

〇利用者情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童 | ふりがな |  | | 生年月日  　年　月　日生 | | | | 年齢 | | 性別 |
| 氏名 |  | | 歳　　ヶ月 | | 男・女 |
| 入所施設 | （　号認定） | | | | 兄弟姉妹の状況　無・有（　　人） | | | | |
| 保護者 | 住所 | 苫小牧市 | | | | | 電話番号 | |  | |
| 続柄 | 氏名 |  | | 勤務先名称 | |  | | | |
| 携帯番号 |  | | 勤務先電話番号 | |  | | | |
| 続柄 | 氏名 |  | | 勤務先名称 | |  | | | |
| 携帯番号 |  | | 勤務先電話番号 | |  | | | |

〇児童の健康と生育の様子

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往症 | □突発性発疹　　□はしか  □おたふく　　　□みずぼうそう  □風疹  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | 予防接種 | □BCG　　□おたふく　　□みずぼうそう  □ヒブワクチン（１・２・３・４）  □肺炎球菌（１・２・３）  □三種混合（第１期１・２・３・追加）  □四種混合（１・２・３・追加）  □ポリオ（不活化　１・２・３・追加）  □ポリオ（生　１・２）  □麻疹・風疹混合（１・２） |
| 健康診断 | □４か月　　　□１０か月　　　□１歳６か月　　　□３歳 | | | |
| 検診で指導を受けた事柄があればお知らせください。 | | | |
| 好きな遊び | |  | | |
| その他お子さんに関して注意してほしいことなどがありますか | | | | |

苫小牧市長　様

　上記のとおり相違ありませんので、苫小牧市病後児保育事業の登録を申請します。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　申込者

市記入欄

　　　　（保護者）　氏名