|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | － |

別記第１号様式(第７条関係)

**令和 年度 新発田市病児・病後児保育事業利用登録申請書**

令和　　年　　月　　日

（宛先）新発田市長

申請者氏名

新発田市病児・病後児保育事業を利用したいので、裏面の同意内容に同意のうえ、新発田市病児・病後児保育事業実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児  童  の  情  報 |  | | | | 愛　称 | | | 性　別 | | 生年月日 |
|  | | | |  | | | 男　・　女 | | 年　　月　　日 |
| 自宅住所 | | | | | | | | | |
| 自宅電話番号　　　　　　　　(　　　　　) | | | | | | | | | |
| 所属 | (　　　　　　　 　　　　　　　　　　)　保育園・幼稚園・認定こども園・小学校（・無） | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | (　　　　　　　 　　　　　　　　　　)　医院・病院 | | | | | | | | |
| 緊急時連絡先 | ①・②とも記入 | 連絡先①　 児童との続柄( ) | | | | | | | 連絡先②　 児童との続柄( ) | |
| 氏 名 |  | | | | | | |  | |
| 携帯電話番号 |  | | | | | | |  | |
| 勤務先名称 |  | | | | | | |  | |
| 勤務先の電話 |  | | | | | | |  | |
| 予防接種 | これまでに受けた予防接種に☑をつけてください | | | | | | | | | |
| □Hibワクチン | | | | | | □ＭＲ(麻疹・風疹) | | | |
| □小児用肺炎球菌 | | | | | | □日本脳炎 | | | |
| □四種混合 | | | | | | □水ぼうそう | | | |
| □三種混合 | | | | | | □おたふく | | | |
| □ポリオ | | | | | | □その他 (　　 　　　　　　　　 　　　　) | | | |
| □ＢＣＧ | | | | | |  | | | |
| 既往症  等 | これまでにかかった病気に☑と( )内にコメント及び○をつけてください | | | | | | | | | |
| □突発性発疹症 | | | □おたふくかぜ | | □喘息又は喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時に治療) | | | | |
| □はしか | | | □溶連菌感染症 | | □じんましん（原因は　　　　　　　　 　　　　） | | | | |
| □風疹 | | | □水ぼうそう | | □その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | |
| □熱性けいれん（今まで　　　 回位　　　　最後は　　 年　　 月頃） | | | | | | | | | |
| □入院歴がある（病名：　　　　　　　　　 歳 　 か月）（　病名：　　　　　 　　歳 　 か月）  （病名：　　　　　　　　　 歳 　 か月）（　病名：　　　　　　 　歳 　か月） | | | | | | | | | |
| その他 | 食物アレルギー | | ない ・ ある（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 食　事　制　限 | | ない ・ ある（牛乳・卵・大豆・鶏肉・そば・小麦粉・その他　　　　　　　 ） | | | | | | | |
| 常用服薬等 | | ない ・ ある（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | |
| 体質やくせ等、心配なことや配慮が必要なことについて具体的に記入してください | | | | | | | | | | |

（裏面）

同　　意　　内　　容

１　利用中は施設職員の指示に従います。

２　利用時間を厳守します。

３　予約後に利用の必要がなくなった場合は、キャンセルの連絡を必ず速やかに行ってください。

４　保育室内において児童同士の感染が起こった場合は、市及び当該実施施設はその責任を負いません。

５　利用児童の症状に変化があった場合は、保護者から迎えに来ていただきます。なお、実施施設の看護師が受診の必要があると判断した場合は、保護者の同意を得たうえで医療機関への搬送、受診、治療、処置を行います。また、保護者と連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあり、その際発生する医療費等は保護者から負担していただきます。

６　利用に当たり、医療、食事及び精神面で心身に影響のある個人情報は隠さず実施施設に提供します。

７　万が一の事故については、市及び当該実施施設の行う調査に全面的に協力し、解決の方法として用いる実施施設の加入する保険をもってすべての解決を行うことに同意します。

８　登録における情報は、実施施設に提供することに同意します。

９　登録に際し、世帯状況について市の保有する情報で確認することに同意します。

10　負担額の免除、減免を受ける場合は、世帯の課税情報等の公簿を確認することに同意します。