

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 印

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 児童氏名		児 童 の 愛 称		
生 年 月 日	年 月 日 生 (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 す る こ と が で き る 緊 急 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) 在 宅 等	() 保 育 所 (園) ・ 幼 稚 園 ・ 小 学 校 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 と認めら れる理由	1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 その他 ()
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日
傷病名	
児童の平常 の健康状態	良好 かかりやすい病気：
これまでに かかった主 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 記入欄	実施施設名	費用 円 × 日 分 = 円 円 × 日 分 = 円
	登録番号	
本庄市 記入欄	受付日 年 月 日	備考