

港区病児・病後児保育利用申請書

港区病児・病後児保育事業の利用について次のとおり申請します。

なお、この申請書を実施施設で使用する事及び区が実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

申請者氏名		ふりがな		認定子ども認定番号	
		名前			
住所	〒	電話番号		自宅	() -
				携帯	() -
認定子ども氏名		ふりがな		認定子ども生年月日・クラス	
		名前		西暦 年 月 日 (歳児クラス)	
在籍保育施設					
緊急連絡先	1. 2とも記入してください		連絡先 1		連絡先 2
	氏名				
	勤務先名				
	勤務先TEL				
	保護者携帯等				
	本人との関係				
かかりつけ病院名			病院・医院 TEL		
受けた予防接種に○印をつけてください。					
予防接種	BCG	1回目			
	B型肝炎	1回目	2回目	3回目	
	ロタウィルス	1回目	2回目	3回目	
	四種混合(ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ)	1回目	2回目	3回目	追加
	ヒブワクチン	1回目	2回目	3回目	追加
	肺炎球菌	1回目	2回目	3回目	追加
	MR(麻疹・風疹)	1回目	2回目		
	みずぼうそう(水痘)	1回目	2回目		
	おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	1回目	2回目		
	日本脳炎	1回目	2回目	追加	
インフルエンザ(当年度)	1回目	2回目			
既往症	かかった病気等に○印をつけて下さい (かかったことがない場合は、1に○をつけて下さい)				
	1なし(申請時現在) 2突発性発疹症 3はしか 4みずぼうそう 5おたふくかぜ 6百日咳 7じんましん(原因:) 8喘息 9熱性けいれん(これまでに 回)(初回: 歳 カ月の時)(最後: 歳 カ月の時) 10アナフィラキシー:原因()症状() 11アナフィラキシーショック: 有・無 12その他()				
アレルギー 無・有・不明 食物:卵・乳製品・大豆・小麦・そば・その他() 薬(薬名:)					
お子さまについて、生活(食事・睡眠・排せつ)、健康上や発達上で配慮してほしいこと等あればお書きください					
減免申請の必要な方は下記に○印をつけてください 生活保護世帯 ・ 区民税非課税世帯					

※病児・病後児保育室をご利用の際は、必ず母子健康手帳もご持参ください。