

年度 利用申込書 (兼税額調査同意書)

病児
病後児 保育実施施設長 様

南魚沼市病児・病後児保育事業実施要綱の規定により、次のとおり利用を申し込みます。
 なお、保護者負担金額算定のために必要な場合、世帯の税額について調査することに同意します。
 また、利用時間に関して延長のないように努めることに同意します。

※この面の太枠の中をご記入ください。

申込日	年 月 日		通園・通学している施設	
保育の期日 及び時間	利用希望			
	期日①	年 月 日から		年 月 日まで
	時間①	時 分から		時 分まで
フリガナ			生年月日	年 月 日生 (満 歳)
児童氏名			性別	男・女 発達 普通・不明 発育 少し遅いと思う
住 所	(〒 -) (TEL - -) 市			
保護者氏名	続柄	⑩	続柄	
緊急連絡先	- -			
予防接種 (受けたものに○)	BCG・三種混合(回)・MR1期・MR2期・風疹 ポリオ・おたふくかぜ・水ぼうそう・日本脳炎 四種混合(回)・Hib・肺炎・乳幼児二種混合 インフルエンザ(最近 年 月接種) ロタウイルス(最近 年 月接種) ・B型肝炎		かかりつけ医	
			()病院・医院 ()医師	
入院の有無	あり ・ なし		これまでかかった主な感染症や病気	
	病名：[] (歳 ケ月) 病名：[] (歳 ケ月)		突発性発疹・はしか・風疹・百日咳・おたふく かぜ・水ぼうそう・ジフテリア・B型肝炎・日 本脳炎・アトピー性皮膚炎・喘息及び喘息様気 管支炎・熱性けいれん(回) 最後の発症(年 月 日)・その他 ()	
常時服用 している薬	なし あり() ()	食事制限 (主治医からの指示)	なし あり() ()	
その他 (体質、心配事や配慮し て欲しいことなど)				

※保険証のコピーを1部ご用意ください。 [裏面は施設記入欄です]

【裏面施設記入欄】

○実利用日を記載

年 月 日 時 分から 時 分	年 月 日 時 分から 時 分
料金()円	料金()円
年 月 日 時 分から 時 分	年 月 日 時 分から 時 分
料金()円	料金()円
年 月 日 時 分から 時 分	年 月 日 時 分から 時 分
料金()円	料金()円
年 月 日 時 分から 時 分	
料金()円	
受付施設	料金合計 円 領収 印
受付日	年 月 日 担当者