

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 | 印 | 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 病名：[] (歳 ケ月) 病名：[] (歳 ケ月) | | これまでかかった主な感染症や病気 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 |