

病児保育利用申請書

年 月 日

豊橋市長 様

申請者 住所

氏名

連絡先 自宅
携帯

病児保育を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、病児保育事業の利用料の決定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧することに同意します。

園(学校)名		承諾 番号		登録 番号	
児童(生徒)名		男・女	生年月日		
利用日	月 日 () ・ 月 日 () 月 日 () ・ 月 日 () 月 日 () ・ 月 日 ()				
利用施設	1. 豊橋市民病院院内保育所 あおたけ 3. 病児保育室 つくし 2. こじかこども園病児保育室 (該当を○で囲む)				
医療機関					
症 状					
予防接種歴	接種している予防接種に○をつけてください。				
	予防接種の種類	1回目	2回目	3回目	追加
	ヒブワクチン				
	肺炎球菌ワクチン				
	四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)				
	BCG				
	MRワクチン (麻しん・風しん混合ワクチン)				
	水痘 (水ぼうそう)				
	おたふくかぜ				
	ロタウイルス				
	ポリオ (生ワクチン・不活化ワクチン)				
	DPTワクチン				
	B型肝炎				
日本脳炎					

登録時に記入していただいた内容に変更がある場合は、下記表に変更内容をご記入ください。

フリガナ					
児童(生徒)名		男・女		園(学校)名	
住所		〒			
		TEL			
家族の状況	氏名		年齢	連絡先	
	父	フリガナ		TEL	
	母	フリガナ		TEL	
		フリガナ			
		フリガナ			
		フリガナ			

緊急連絡先

	氏名	児童との続柄	住所・電話番号	勤務先等
1	フリガナ		TEL	
2	フリガナ		TEL	

既往歴

1	既往歴	生まれてから今までに、特別な病気(先天性異常・心臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。 病名()	はい・いいえ
2	その他	お子さんのことで、特に気をつけてほしいことがありますか。 内容()	はい・いいえ