

平群町長 様

申請者氏名

次のとおり病児保育利用の登録を申請します。また、私は病児保育利用の際に、利用登録内容を病児保育事業委託機関に提供することに同意します。

ふりがな		性別	生年月日		年齢
児童氏名		男・女	年	月	日生 歳 か月
愛称		血液型	A	B	O AB RH + -
児童住所	〒				
所属	保育所（園）・こども園・幼稚園・小学校（電話： ）				
保護者①	氏名		年齢	歳	電話
	続柄		勤務先	(電話：)	
保護者②	氏名		年齢	歳	電話
	続柄		勤務先	(電話：)	
ご家族 保護者①② 以外のご家族 について	氏名	続柄	年齢	勤務先名等	
SIDS(乳幼児突 然死症候群) 予防対策 *緊急事態対 応の参考にご 記入ください	出生時体重	約 g	健康 状 況 等	ご両親のアレル ギーの有無	<input type="checkbox"/> 無
	家族の喫煙	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 父 () <input type="checkbox"/> 母 ()	
	寝かせ方	仰向け・うつ伏せ		健診の受診 <input type="checkbox"/> 有 (4ヶ月・1歳半・3歳) ・ <input type="checkbox"/> 無	
	人工乳	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		健診時の指摘事項 その他発達上の心配事や定期的通院等 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	

(添付書類)

- 1 児童の健康保険証、乳幼児医療費受給資格証又は子ども医療費受給資格証の写し
- 2 児童と保護者（お迎えに来る方）の写真
- 3 その他町長が必要と認める書類

受付印