

伊賀市病児保育室利用登録申請書兼利用申請書

年 月 日

伊賀市長 様

申請者 住所
氏名
電話(自宅)
(携帯)

ふりがな 児 童 名		男 ・ 女	平成・令和 年 月 日生 歳 カ月
在籍する保育所(園) 学校等の名称			
世帯区分	1. 所得税課税世帯 2. 市町村民税課税世帯 3. 市町村民税非課税世帯 (1に該当する世帯を除く。) 又は生活保護世帯		
緊急連絡先 ※必ずつながる 連絡先をご記 入ください。	児童との 続柄	氏名	連絡先
			職場) 携帯)
			職場) 携帯)
希望利用期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
主な症状		投薬 の 状況	受けている・受けていない
予防接種	打ったことのあるものすべてに○をしてください。 ・ヒブ・肺炎球菌・B型肝炎・四種混合・BCG・水ぼうそう・ポリオ ・麻しん風しん(MR)・おたふくかぜ・日本脳炎・インフルエンザ ・二種混合(DT)・子宮頸がん(HPV)		
かかったこと のある病気	これまでにかかった病気、入院して治療した病気や、手術等あれば記入してください。		
承 諾 書			
1. 利用決定に関して、世帯員の課税資料及び生活保護受給状況について調査されることを承諾 します。 2. 病状により処置が必要となった場合には、医療措置(点滴、注射、服薬、検査等)を受けさせる ことを承諾します。また、緊急時、保護者との連絡が取れない場合に入院などの判断は一任します。			
	氏名	申請者との続柄	生年月日
申請者	Ⓜ	本人	年 月 日
世帯員	Ⓜ		年 月 日
世帯員	Ⓜ		年 月 日
世帯員	Ⓜ		年 月 日

※利用する児童と同じ世帯の方全員を記入してください。