

|               |  |
|---------------|--|
| ※市記入欄<br>登録番号 |  |
|---------------|--|

豊後高田市病児・病後児保育事業利用登録書

豊後高田市長 様 令和 年 月 日

以下のとおり、病児・病後児保育事業の利用登録を申し込みます。  
また、保護者負担金算定のため、同居家族の課税状況の調査に同意します。

|                                               |                                                                                                                  |                                                |                                               |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| (フリガナ)<br>児童氏名                                | 愛称 ( )                                                                                                           | 男・女                                            | 生年月日<br>平成 年 月 日 ( 歳 ヲ月)<br>令和<br>血液型 型 (RH ) |
| 住 所                                           | 〒 -                                                                                                              |                                                |                                               |
| 勤 務 先                                         | 名称<br>住所 Tel ( - - )                                                                                             |                                                |                                               |
| 保護者氏名                                         | 続柄 ( ) Tel ( - - )                                                                                               |                                                |                                               |
| かかりつけ医                                        | ①病院名<br>②病院名                                                                                                     |                                                |                                               |
| 緊急連絡先：必ず 2 カ所記入をしてください。勤務先の場合は、部署名まで記入をお願いします |                                                                                                                  |                                                |                                               |
| ① 続柄 ( ) Tel ( - - )                          |                                                                                                                  |                                                |                                               |
| ② 続柄 ( ) Tel ( - - )                          |                                                                                                                  |                                                |                                               |
| 就園・就学先                                        | ( ) 保育園・幼稚園・小学校                                                                                                  |                                                |                                               |
| これまでにかかった<br>病気に○をつけてく<br>ださい                 | ・突発性発疹 ・おたふく ・百日咳 ・水 痘 ・麻疹<br>・ぜん息 ・ひきつけ (熱性けいれん・他のけいれん) ・じんましん<br>・肺炎 ・手足口病 ・咽頭結膜炎 (プール熱) ・心臓病<br>・腎臓病 ・その他 ( ) |                                                |                                               |
| アレルギーの有無                                      | 有<br>無                                                                                                           | ・食べ物 (乳製品・卵・大豆・米・麦・そば・ピーナッツ・その他)<br>・薬・その他 ( ) |                                               |
| ※要望・連絡事項                                      |                                                                                                                  |                                                |                                               |

上記の個人情報については、お子様を保育する実施機関に提供いたしますが、事業の目的以外に使用することはありませんので、ご了承ください。

|                        |
|------------------------|
| ※市記入欄<br>利用料 (負担 ・ 免除) |
|------------------------|