

# 病児保育室ダンボ利用登録票

府中町長

次のとおり府中町病児・病後児保育事業の登録を申し込みます。利用に当たっては、下記の事項について同意します。

- ①登録票を実施施設で使用する事。
- ②府中町が利用に必要な個人情報を実施施設に提供すること。
- ③府中町が実施施設から利用者の個人情報を含む実施内容について報告を受けること。

登録日 令和 年 月 日 (初回・更新)		施設記入欄 登録番号 カルテ番号	
ふりがな 氏名 男・女		生年月日 平成・令和 年 月 日 歳 か月	
通園・通学先			
自宅住所 (〒 )		*該当する減免があれば○してください。 生活保護・保育所保育料0円世帯 ・ひとり親世帯(前年分の所得税及び 前年度の市町村民税が非課税世帯に限る)	
自宅電話			
保護者	ふりがな 父氏名	連絡先(携帯電話):	
	ふりがな 母氏名	連絡先(携帯電話):	
連絡先	連絡相手	勤務先	電話
	1) 父・母・その他( )		
	2) 父・母・その他( )		
	3) 父・母・その他( )		
病児保育室ダンボ利用(兄弟児を含む) 兄弟児で使用の場合   あり・なし			
感染症歴	かかった病気を○で囲んでください みずぼうそう、おたふくかぜ、麻しん、風しん、百日咳、B型肝炎 その他(具体的に)		
過去の病気	熱性けいれん: 初回 歳 か月、最後は 歳 か月 気管支喘息: あり・なし アトピー性皮膚炎: あり・なし その他(具体的に) 入院: あり・なし ありの場合病名:		
アレルギー	食物アレルギー: あり・なし (食品名: ) ありの場合、以下のいずれかに○をつけてください ①除去不必要・②完全除去・③加工品であれば摂取可能・ ④その他( ) *除去食必要の場合は、必ずお弁当、おやつ、お飲み物は持参してください 薬剤のアレルギー: あり・なし (薬剤名: )		

※登録の有効期間は登録日の属する年度末までです。登録料1,000円(1世帯)は初回利用時に発生します。

※免除対象の該当の有無は、町で課税状況等を確認しますが、前年度1月1日現在、町外に住民票があった方など課税状況の確認ができない方は、非課税証明書等が必要となる場合があります。

【施設記入欄】

初回利用日 令和 年 月 日	登録料(1世帯1,000円)	受領・免除・兄弟済
----------------	----------------	-----------