様式第４号　　登録No.

年度　病児・病後児保育事業利用登録申請書（児童登録票）

（宛て先）旭川市長・実施施設長　　年　　月　　日

病児保育・病後児保育事業の利用登録について，次のとおり申請します。

申請者（保護者）

申請者氏名		電話番号	
住　所	〒 旭川市		

利用登録施設（利用を希望する施設の□欄に✓印を記入してください。）

病児保育	□北彩都病児保育室まほうのちから　（お迎えサービス希望　□あり　□なし　）
病後児保育	□新旭川保育所　□ほのぼの保育園

利用登録児童　（□欄については該当項目に✓印を記入してください。）

（ふりがな） 児童氏名		生年月日	年　月　日生	□男	通園・通学先
		年　齢	歳　か月	□女	□認可保育所　□認定こども園　□幼稚園 □その他保育施設（認可外等）　□小学校

	続柄	保護者・家族氏名	年齢	連絡先（兄弟姉妹は記入不要）及び勤務先，通園・通学先等			
家族構成		連絡者①（最初に連絡をする保護者） ふりがな		携帯番号	□申請者に同じ	勤務先名	
				勤務先電話番号		職種	
		連絡者② ふりがな		携帯番号	□申請者に同じ	勤務先名	
				勤務先電話番号		職種	
				通園通学先		学年	
				通園通学先		学年	
				通園通学先		学年	

世帯区分	□課税世帯 □生活保護世帯 □中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯 □前年度市町村民税非課税世帯
利用料免除申請 ※給食費及び病児保育お迎えサービス利用料は免除にはなりません。	□上記世帯に該当するため，利用料の免除を申請します。 ※生活保護世帯の場合は「保護手帳（写し）」を，前年度市町村民税非課税世帯の場合は「前年度分の市町村民税課税証明書（写し可）」を実施施設（いずれか１施設で可）に提出してください。 認可保育所・認定こども園に入所中の児童の保護者で裏面の同意書に同意いただいた場合は「前年度分の市町村民税課税証明書」の提出は必要ありません。 ※利用料を決定するための情報を共有する必要があることから，裏面の同意書に同意願います。同意いただけない場合は，各実施施設ごとに証明書等の提出が必要になります。

かかりつけの病院	入院歴　□なし　□あり　（病名：　　） 入院した病院 入院した時期　　歳　　か月　　経過　□完治　□治療中
定期的に通院している疾患　□なし　□あり （病名：　　）	常時内服している薬　□なし　□あり （薬名：　　）服用時間（　　）
熱性けいれん　□なし　□あり（回数：　　回）　初回（　　歳　　か月）　最後（　　歳　　か月） 座薬の指示　□あり　□なし	
食物アレルギー　□なし　□あり（ありの場合は別紙アレルギー除去食品チェック表を記入して提出してください。）	

性　格	□優しい　□素直　□活発　□おとなしい　□協調性がある □こだわりがある　□落ち着きがない　□人見知りをする		
好きな食べ物		嫌いな食べ物	
お子さんの癖		好きな遊び	

（裏面も記入してください。）

※健康保険証，子ども医療費受給者証等をお持ちください。

発育の様子

出産状態	在胎（　　）週　　出生体重（　　）g　　分娩時の異常　□あり　□なし
乳幼児期の発達	首のすわり（　　か月）　寝返り（　　か月）　おすわり（　　か月） つかまり立ち（　　か月）ひとり歩き（　　か月）　言葉のはじまり（　　か月）
栄養法	□母乳　□ミルク　□混合　□離乳食（□初期□中期□後期）離乳食開始　　歳　　か月
予防接種歴 済んでいるものに✓をつけてください。	□４種混合（　　回目接種済）□ＭＲ（　　回目接種済）□３種混合（　　回目接種済） □ＢＣＧ　□ポリオ：生ワクチン（　　回目接種済）：不活化ワクチン（　　回目接種済） □水痘（　　回目接種済）□おたふくかぜ（　　回目接種済）□肺炎球菌（　　回目接種済） □ヒブ（　　回目接種済）□Ｂ型肝炎（　　回目）□日本脳炎（　　回目接種済） □ロタ（　　回目接種済）□インフルエンザ（直近　　年　　月）□その他（　　）
注意すべき 既往症・病気	□はしか　□ポリオ　□風疹　□突発性発疹　□水痘　□おたふくかぜ　□百日咳　□髄膜炎 □喘息　（□毎日服薬　□発作時だけ服薬　□服薬していない）　□Ｂ肝炎（キャリアーを含む） □アトピー性皮膚炎（　　歳　　か月）　□てんかん（　　歳　　か月） □川崎病（心臓合併症　□あり　□なし）（　　歳　　か月）　□その他（　　）

その他，伝えておきたいことなどがありましたら，ご記入ください。

同　意　書

旭川市病児・病後児保育事業について，次の事項に同意します。

同意事項

1　お子様が急変した場合，保護者が連絡に従い来室することに同意します。

2　お子様が急変した場合，必要に応じて連携医療機関の受診または救急車での搬送を行うことに同意します。場合によっては，治療が優先し，治療内容がやむを得ず事後報告になることに同意します。

3　お子様の受け入れに関して，看護師・保育士の判断により受け入れできないことがあることに同意します。

4　旭川市病児・病後児保育事業について，利用料を決めるための情報及び児童の状況等の情報を旭川市において確認し，実施施設で共有することに同意します。

同意期間

本同意は，同意年月日から開始し，登録年度末まで有効とします。

同意年月日　　年　　月　　日

同意者　氏名
　　児童との関係

同意者　氏名
　　児童との関係

＜実施施設記入欄＞

受付印	施設長	備考
	受付者	
		申請書原本保管　□まほうのちから　□新旭川保育所　□ほのぼの保育園
		利用料減免　□該当　□非該当 生活保護世帯確認　□保護手帳（写） 前年度非課税世帯確認　□課税証明書　□在園保育所等確認　□旭川市確認