様式第１号(第８条関係)

記入例

登録番号	
有効期限	年　月　日

深谷市病後児保育利用者登録申請書

深谷市長　　宛て

病後児保育の利用登録をしたいので、次のとおり申請します。

なお、市が登録の承認に必要な住民基本台帳情報を閲覧すること、この登録申請書の写しを委託事業者へ送付すること、及び委託事業者から利用状況の報告を受けることに同意します。

令和**８**年　**９**月　**２**日　　申請者（保護者）氏 名　**深谷　みらい**

児童	ふりがな　**ふかや　つばさ** 氏 名　**深谷　つばさ**		男・女	生年月日　令和**６**年　**５**月　**１**日 （　**２**歳　**５**ヶ月）	
住所	〒**３６６－XXXX** 深谷市**仲町XX―X**			電話番号：**080-XXXX-XXXX**	
保護者	氏　名	続柄	勤務先名	勤務先電話番号	携帯電話番号
	深谷　明	**父**	**㈱〇〇〇**	**048-XXXX-XXXX**	**090-XXXX-XXXX**
	深谷　みらい	**母**	**㈱△△△**	**045-XXXX-XXXX**	**080-XXXX-XXXX**
緊急時連絡先	①｛父・母・その他（　　）｝の｛勤務先・携帯・その他（　　）｝				
	②｛父・母・その他（　**祖母**　）｝の｛勤務先・携帯・その他（**080-XXXX-XXXX**）｝				
かかりつけ医	医療機関名、医師名等 **〇〇クリニック**			電話番号： **048-XXX-XXXX**	

生育歴	妊娠中の異常：（なし）・あり（　　）			
	出生時体重：　**3,000** ｇ	在胎：**40** 週	首のすわり：　**3** ヶ月	おすわり：　**6** ヶ月
	一人歩き：**12** ヶ月	母親の後追い：**8～10** ヶ月	初語(意味のあることば)：　**1** 歳　**0** ヶ月	
	人見知り：**6～7** ヶ月	栄養法：　母乳・人工・（混合）	離乳食摂取期間：　**6**ヶ月～**12**ヶ月	
既往歴	□突発性発しん　□麻しん（はしか）　□水ぼうそう　□風しん　□ぜん息　□肺炎　□結核 ☑熱性けいれん　□ヘルパンギーナ　□手足口病　□川崎病　□湿しん　□百日せき □おたふくかぜ　☑アトピー性皮膚炎　□伝染性紅はん（りんご病） □その他（　　）			
予防接種	☑五種混合　（**３**回・追加）	□Ｂ型肝炎　（　回）	☑小児用肺炎球菌　（**３**回・（追加））	
	□日本脳炎　（　回・追加）	☑ＢＣＧ	☑ＭＲ(麻しん風しん混合)　（**１**回）	
	□ロタウイルス　（　回）	□水痘(水ぼうそう)　（　回）	□その他（　　）	
食べ物の制限	なし・（あり）(理由：　**アレルギー**　　） ※制限があるもの ☑全卵　□卵黄　□卵白　□牛乳　□ミルク　□小麦粉　□そば　□甲殻類 □その他（　　）			
その他	児童の体質（薬物アレルギー等）やくせ等、心配なことや配慮してほしいことを記入してください。			