

登録番号

高山市病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

(あて先)高山市長

申請者(保護者等)〒

住所

氏名 印

電話

高山市病児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。なお、記入した個人情報は、高山市と病児保育実施施設で共有すること及び病児保育実施施設が必要に応じて通園、通学先や受診された医療機関等に児童の情報を確認することに同意します。

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名				
家族氏名	(年齢)	続柄	勤務先・保育園・小学校名	
	()			
	()			
	()			
	()			
	()			
児童数（18歳未満のこどもの数）		人		
利用料金区分	多子世帯 非該当 ・ 該当			
通園・通学施設等				
1 _____ 保育園・幼稚園・小学校				
2 その他()				
3 通園・通学していない。				
予防接種				
ヒブ	1回追加	2回	3回	BCG 済
小児肺炎球菌	1回追加	2回	3回	MR（麻疹、風疹） 1期 2期
4種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風・ポリオ）	1回追加	2回2期	3回	日本脳炎 1回 2回 追加 2期
3種混合（ジフテリア・百日咳・破傷風）	1回追加	2回2期	3回	水痘 1回 2回
ポリオ（不活化4回・生2回）	1回追加	2回	3回	B型肝炎 1回 2回 3回
ロタウイルス（ロタリックス2回・ロタテック3回）	1回	2回	3回	おたふく 1回 2回

[illegible]