

令和2年度 茨木市病児保育事業利用登録申込書

(申込先) 茨木市長

(保護者が記入してください。)

(フリガナ)		愛 称	
児童の氏名		男・女	
		生年月日	年 月 日
◆受けた予防接種に○印をつけてください。 MR (麻しん、風しん) (回) BCG ポリオ (小児マヒ) (回) 三種混合 (回) 四種混合 (回) ヒブ、肺炎球菌、おたふく、水痘 ロタウイルス、日本脳炎、B型肝炎 その他 ()		◆アレルギー (特異) 体質について ○アレルギー性の病気の経験があれば、病名、アレルゲン (原因となるもの) 等を記入してください。 ○食事制限があれば、食品名を記入してください。 ○アレルギーにより使用できない薬があれば、薬の名称を記入してください。	
◆熱性けいれんの有無 (あり・なし) 最近の発作 歳 頃 熱 度	◆てんかんの有無 (あり・なし) 最近の発作 歳 頃	○エピペン処方 (あり・なし)	
◆毎日飲んでいる薬 (あり・なし) 薬の名称 飲む時間等		◆過去の入院または大きな病気や手術 (あり・なし) 病名 時期	
		◆平 熱 °C	
		◆その他、必要とする配慮事項や障害があれば記入してください。	

既往歴 (今までにかかった病気があれば番号に○印をつけてください。)

1 突発性発疹	9 肺炎
2 麻しん (はしか)	10 とびひ
3 水痘	11 B型肝炎 (キャリアを含む。)
4 風しん	12 喘息・喘息性気管支炎
5 咽頭結膜炎 (プール熱)	13 アトピー性皮膚炎
6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	14 川崎病 心臓合併 (あり・なし)
7 百日咳	15 その他 ()
8 ヘルパンギーナ	

通所、通園、通学 施設等	保育所・園、幼稚園、小学校に通所、通園、通学 1 している 2 していない (施設名: 電話番号)
利用事由	1 就労 2 疾病・障害 3 妊娠・出産 4 その他 ()
保護者氏名	
住所・連絡先	茨木市 日中つながりやすい電話番号 ()
居住地	平成31年1月1日時点 茨木市 ・ 他市町村 () 令和2年1月1日時点 茨木市 ・ 他市町村 ()
利用料金	次の世帯に該当する場合はレ点を付けてください。 □生活保護世帯、中国残留邦人支援給付 (注1) 受給世帯又は保護者が里親 (注2) である世帯 (注3) □市町村民税非課税世帯 (注4) (注1) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付 (注2) 児童福祉法第6条の4第1項に規定する里親 (注3) 生活保護証明書、支援給付証明書又は保護者が里親であることを証明する書類を添付してください。 (注4) 次に掲げる年度の世帯全員の市町村民税非課税証明書を添付してください。 4月から8月までの間に事業を利用する場合 平成31年度 (平成30年中収入分) 9月から翌年3月までの間に事業を利用する場合 令和2年度 (平成31年 (令和元年) 中収入分)

同 意 書

病児保育事業利用登録要件の確認及び利用料金の算定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯員全員の住民基本台帳及び市民税課税台帳を茨木市長が閲覧することに同意します。

保護者氏名

印

※自署の場合は押印不要

利用料金決定 (市記入欄)	2,000円	1,000円	0円
------------------	--------	--------	----