様式第１号（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

守谷市病児・病後児保育事業利用登録申込書（　　　　年度分）

守谷市長　宛て　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日記入

この申込書は、事前に守谷市役所すくすく保育課もしくはすこやかルームへ持参又は郵送で提出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登　録　児　童 | ふりがな  児童氏名 | | | | 愛称 | | | | 性別 | | | 生年月日 | |
|  | | | |  | | | | 男  ・  女 | | | 年　　月　　日生  （　　　　歳　　　箇月　） | |
| 自宅郵便番号：〒　　　-  自宅住所　　：  自宅電話番号：　　　　　-　　　　-　　　　　　自宅FAX番号：　　　　-　　　　- | | | | | | | | | | | | |
| 児童の兄弟姉妹 | | 歳（男・女）　　　　　　歳（男・女）　　　　歳（男・女） | | | | | | | | | | |
| 通園施設名 | | （　　　　　）市区町村（　　　　　　　　　　　　）保育園・幼稚園・小学校 | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医療機関 | | （　　　　　　　　 　 　　）医院・病院　　　（　 　　　）先生 | | | | | | | | | | |
| 保護者・緊急連絡先 | 保護者１ | 氏　名：　　　　　　　　（続柄） | | | | | 携　帯 | | | 保護者１：　　　　-　　　　　- | | | |
| 勤務先： | | | | | 保護者２：　　　　-　　　　　- | | | |
| 電　話：　　　-　　　　- | | | | | メール  アドレス | | | 保護者１： | | | |
| 保護者２ | 氏　名：　　　　　　　　（続柄） | | | | | 保護者２： | | | |
| 勤務先： | | | | | 緊　急  代理人 | | | 氏名：　　　　　　　　（続柄） | | | |
| 電　話：　　　-　　　　- | | | | | 電話：　　　-　 　　 　- | | | |
| 出生時の状況 | | | | （ 週 日, g） | | 発育・発達 | | | | | ふつう・少し遅れていると思う・わからない  健診等での指摘　有・無  （　　　　 　　　　　　 　　　） | | |
| 予防接種 | 四 ・ 五 種混合  （四又は五のどちらかに〇） | | | 未・(１回　２回　３回　追加） | | | | ヒブ  （五種混合接種者は未に〇） | | | | | 未・（１回　２回　３回　追加） |
| 肺炎球菌 | | | 未・（１回　２回　３回　追加） | | | | ＭＲ（麻しん・風しん） | | | | | 未・（１回　２回） |
| Ｂ型肝炎 | | | 未・（１回　２回　３回） | | | | 水痘（水ぼうそう） | | | | | 未・（１回　２回） |
| ロタウイルス | | | 未・（１回　２回　３回） | | | | 日本脳炎 | | | | | 未・（１回　２回　３回　追加） |
| ＢＣＧ | | | 未・接種 | | | | おたふくかぜ | | | | | 未・（１回　２回） |
| これまでにかかった主な感染症等に○をつけてください。 | | | | | | | | | | | | | |
| １．突発性発しん　　　２．はしか　　　３．風しん　　　４．水ぼうそう　　　５．おたふくかぜ  　６．熱性けいれん（回数　　回）（最初はいつ　　年　　月）（座薬の指示　有・無）　７．アトピー性皮膚炎  　８．喘息および喘息様気管支炎（継続治療中・悪化時治療のみ）　９．その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 入院した  こと | ない・ある（病名：　　　　　　歳　　箇月頃）　（入院施設名：　　　 　　　　　　　　　）  　　　　　　（病名：　　　　　　歳　　箇月頃）　（入院施設名：　　　 　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 常用している薬 | | ない・ある（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 食　事  制　限 | ない・ある（具体的に　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| その他 | 体質（薬物アレルギー等）や，くせなど心配なこと，配慮してほしいことについて具体的にお書きください。 | | | | | | | | | | | | |

※四種混合：ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ、五種混合：ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ

＊この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用料金 | 徴収・免除 | 受付日　　　　　　年　　月　　日 | 処理日　　　　　　年　　月　　日 |

◆利用登録申込書　提出先

　・守谷市役所　すくすく保育課（市役所本庁舎１階）

　　　〒302-0198　守谷市大柏９５０番地の１　電話０２９７－４５－１１１１

　・総合守谷第一病院　病児病後児保育事業　すこやかルーム

　　　〒302-0102　守谷市松前台一丁目１６番地６　電話０２９７－４５－２１９４

※利用登録は申込書を提出した年度内限り有効です。翌年度以降も利用を希望される場合には，再度利用登録申込書の提出が必要になります。

◆利用料金の免除について

　生活保護世帯，市民税非課税世帯は利用料金が無料になります。

ただし，利用料金以外の食事等の実費料金は有料となり自己負担になります。

利用料金の免除に該当する方は，利用登録申請の際に下記の証明書を添付してください。

※市民税非課税証明書の発行は自己負担となりますので，御了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 必要な証明書 | 発行窓口 |
| 生活保護世帯 | 生活保護受給が証明できる書類 | 守谷市役所 １階 社会福祉課 |
| 市民税非課税世帯 | 世帯全員の非課税証明書（写し）  （最新の非課税証明書です）  ４月から　５月までの利用　→　前年度用  ６月から翌３月までの利用　→　今年度用 | 守谷市役所 １階 総合窓口課  ※守谷市へ転入された方へ  ・１月から５月までの利用の場合は，前年１月１日現在の住所登録地にある市役所が発行先となります。  ・６月から１２月までの利用の場合は，その年の１月１日現在の住所登録地にある市役所が発行先となります。 |

◆市外のお子さんで，保護者が守谷市内に勤務する方について

　保護者及びお子さんが市外にお住まいで，保護者の勤務先が守谷市内にある場合は，利用登録申請の際に下記の証明書を添付してください。

※利用は原則市民の方が優先となり，市外の方は利用申込時に定員に満たない場合のみの利用となることを御了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 必要な証明書 | 発行窓口 |
| 市外のお子さんで，保護者が守谷市内に勤務する場合 | 勤務先の分かる書類の写し  （健康保険証や社員証等） | 就労先等 |