

## 令和5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

		記入日	令和	年	月	日	
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	愛称				
児童の氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
◆受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> MR ( <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん) ( 回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ポリオ (小児マヒ) ( 回) <input type="checkbox"/> 三種混合 ( 回) <input type="checkbox"/> 四種混合 ( 回) <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )		◆アレルギー (特異) 体質について ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) ○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) 等をご記入ください。 ○食事制限があれば、食品名をご記入ください。 ○アレルギーにより使用できない薬があれば、薬の名称をご記入ください。 ○エピペン処方 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)					
◆熱性けいれんの有無 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 最近の発作 歳頃 ℃	◆てんかんの有無 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 最近の発作 歳頃 ℃	◆過去の入院または大きな病気や手術 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 病名： 時期： ◆平熱 ℃					
◆毎日飲んでいる薬 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 薬の名称： 飲む時間等：		◆その他、障害等の配慮を必要とする点があればご記入ください。					

既往歴 (今までにかかった病気があればしてください。)

<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 肺炎
<input type="checkbox"/> 麻しん (はしか)	<input type="checkbox"/> とびひ
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (キャリアを含む。)
<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎
<input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 (プール熱)	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎
<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 川崎病 心臓合併 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	

## 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

通所(園)、通学施設等	保育所(園)、幼稚園、小学校に通所(園)、通学 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 予定(令和 年 月 日から) <input type="checkbox"/> していない (施設名: 電話番号: - - )				
利用事由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )				
保護者氏名	父		母		
携帯電話	-	-	-	-	-
現住所	(〒 - ) 茨木市				
令和4年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 茨木市	<input type="checkbox"/> 茨木市外 (	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	)
令和5年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 茨木市	<input type="checkbox"/> 茨木市外 (	<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	)
利用料金	次の世帯に該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 (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 令和4年度 (令和3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5年度 (令和4年中収入分)				

利用料金決定 (市記入欄)

2,000 円

1,000 円

0 円