

鯖江市病児デイケア（病児・病後児保育）利用登録申請書

年 月 日

鯖江市長 様

申請者 住所
氏名

記名押印に代えて、署名することができます。

電話番号

鯖江市病児デイケア（病児・病後児保育）利用のため次のとおり登録申請します。

児 童 欄	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	男・女	年 齢	歳 カ月
	在籍施設名	保育所（園） こども園 幼稚園 小学校	かかりつけ医	
家 族 欄	氏名	続柄	勤務先等	連絡先・電話番号
		父		
		母		
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふく風邪 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
食事	アレルギーなどで制限している食品 <input type="checkbox"/> 全卵 <input type="checkbox"/> 卵白 <input type="checkbox"/> 卵黄 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> ソバ類 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 肉 <input type="checkbox"/> 魚 <input type="checkbox"/> エビ・カニ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
その他	注意事項			

該当する場合は○で囲んでください。

- ・ 第 2 子以降未就学児
- ・ 多胎児で第 1 子の未就学児
- ・ ひとり親世帯（児童扶養手当受給世帯または鯖江市母子家庭等医療費助成受給世帯）
- ・ 生活保護世帯
- ・ 施設等利用給付認定児