

おひさまルーム利用登録申請書

有限会社 日高ストア
girasol保育園 園長殿

令和 年 月 日

住所
申請者
氏名

印

次のとおり、おひさまルームの利用登録をしたいので、申請します。

ふりがな 児童氏名		生年月日		性別	申請者 との続柄	保育所等の名称
		平成 令和	年 月 日	男・女		
		(満 歳 ヶ月)				
通院病院		病院名	担当医師		施設電話番号	
既往症 (これまでにかかった病 気すべてに○)		1.突発性発疹 2.麻疹(はしか) 3.水痘(水ぼうそう) 4.風疹(三日ばしか) 5.流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 6.伝染性紅斑(リンゴ病) 7.熱性けいれん 8.川崎病 9.結核 10.喘息 11.アトピー性皮膚炎 12.食物アレルギー(卵・乳・小麦・えび・肉類()・魚類()・ 大豆・そば・その他()) 13.その他()				
アレルギー体質の 有無		有(詳細に) ・ 無				
予防接種 (これまでを受けたもの すべてに○)		1.インフルエンザb型(Hib)(1・2・3・追) 2.肺炎球菌(1・2・3・追) 3.B型肝炎(1・2・3) 4.ロタウイルス(1・2・(3)) 5.DPT-IPV(四種混合) 6.MR(麻疹・風疹混合)(1・2) 7.BCG 8.水痘(1・2) 9.おたふくかぜ(1・2) 10.日本脳炎(1・2・追) 11.今秋冬インフルエンザ(1・2)				
児童に対する 留意点		1.既往歴() 2.出産時の状況() 3.その他()				
保護者	氏名	父			自宅電話	
		母				
	勤務先 (緊急連絡先)	父			勤務先電話	
		母			勤務先電話	
その他			勤務先電話			
世帯状況		1.生活保護法による被保護世帯 2.市民税非課税世帯 3.所得税非課税世帯(1・2を除く) 4.その他の世帯 ※1~3に該当する世帯は、そのことを明らかにする書類等を添付して下さい。				
加入医療保険		記号	番号	保険者名	保険者番号	
利用料金		非保護世帯・非課税世帯 1,500円・その他の世帯(3,000円)・在園児(0円) ※別に、昼食代・おやつ代等の実費負担有(400円)				
園長 殿 利用者負担金の決定のため必要がある時は、園長が住民税等の課税状況の書類を求めることについて同意します。また、利用に際しては、実施施設の指示に従います。 保護者氏名 印						

(注意事項) 予約をキャンセルされる場合は、必ず当日朝(8時半)までにご連絡下さい。(0985(72)3840)