

豊島区長

変更年月日
年 /

| | |
|-----------|---|
| (※保育課記入欄) | |
| 登録番号 | — |
| (転園時) | — |

豊島区病児・病後児保育事業 利用登録申請書

*記名・押印に代えて署名することができます。

豊島区病児・病後児保育事業の利用登録を次のとおり申請します。また、以下について同意します。

- 1、利用要件の審査に際し、豊島区が管理する公簿などにより児童の支給認定の状況を確認すること。
- 2、本登録書を病児・病後児保育実施施設で使用すること。
- 3、区が病児・病後児保育実施施設より、利用にかかわる内容(利用年月日・病名等)の報告を受けること。

申込年月日 年 月 日

〒 —

申請者
(保護者)

住所 : _____
フリガナ
氏名 : _____ 印

連絡先 : TEL _____

(日中連絡のつく電話番号)

| | | | |
|--------------------|--------|------------------|---------------------|
| フリガナ 登録児童名 | | 性別 () | 愛称 |
| 生年月日 | 年 月 日生 | 申込日現在 (歳 ヶ月) | 保護者との続柄 子・() |
| 認可保育施設・ 幼稚園等の名称 | | | 卒(退)園予定年月日 年 月 日 |
| 支給認定証 | 交付済 | 申請中(月申請) | 未申請 |

- 1、上記登録児童について、記載事項に変更が生じた場合は申し出いたします。
- 2、利用料の減免を受ける場合は、別途申請書を提出します。

- 1、太枠線内を記入し、申請書と一緒に提出してください。
- 2、登録手続き完了後、登録番号を付した『利用登録確認書』と『児童票』を郵送します。

豊島区病児・病後児保育事業利用登録確認書

利用登録施設：同援さくら保育園 西巣鴨さくらそう保育園
 せんかわみんなの家 田村医院（ピヨピヨ病児・病後児保育室）

年 月 日

| | |
|----------------|--|
| 登録番号 | — |
| フリガナ | |
| 登録児氏名 | |
| 生年月日 | 年 月 日生まれ |
| 認可保育施設・幼稚園等の名称 | |
| 登録有効期間 | (保育園等) 年 月 日 ~ 小学校就学直前の3月31日 |
| | (幼稚園等) 年 月 日 ~ 年 月 日 |

※この通知は、利用日のお迎えの際にお子さんの引き取り証になります。

【注意事項】

- 1、病児・病後児保育のご利用の電話予約の際、登録番号を確認します。大切に保管してください。
- 2、**幼稚園・認定こども園**に在籍しているお子さんは、**年度ごとに登録が必要**です。
 上記以外の保育施設に在籍している方は、一度登録すれば就学まで有効です。
 ただし、転居・転園・小規模保育所等利用年齢到達により、他の保育施設に入所した時・その他登録内容に変更が生じた場合は、登録情報の変更を要しますので、保育課又は病児・病後児保育室までご連絡ください。
- 3、利用要件に該当しなくなった場合は、この利用登録確認書は無効となります。予めご了承ください。

豊島区子ども家庭部保育課 私立保育所グループ 03-3981-1823

- 同援さくら保育園 病後児保育室 03-5957-7510
- 西巣鴨さくらそう保育園 病後児保育室 03-5907-5110
- せんかわみんなの家 病後児保育室 03-3530-5735
- 田村医院 ピヨピヨ病児・病後児保育室 03-5985-1424

児童票 (秘) ... 病児・病後児保育室以外での使用はしません。

- 1、病児・病後児保育を利用するにあたり、個々の子どもの状況を把握し、保育を適切に行ための資料です。
- 2、保険証・母子健康手帳等を見ながら、ご記入ください。

* 保育課記入

登録番号()

| | | | | | |
|--|---------------|---|--------|--|--|
| 登 録 児 童 | フリガナ | | 性別 | 愛称(フリガナ) | |
| | 氏名 | | 男 女 | | |
| | 生年月日 | 年 月 日生 | | 写真添付 (最近のスナップ写真等を貼ってください。顔が分かればサイズは自由。) | |
| | 在籍施設名 | | | | |
| 住所 | | | | | |
| | 自宅 Tel - | | | | |
| 保 護 者 等 | 氏名 | | 続柄 | | |
| | 緊急連絡先 | Tel 名称 | | | |
| | 携帯電話 | | | | |
| | 氏名 | | 続柄 | | |
| | 緊急連絡先 | Tel 名称 | | | |
| | 携帯電話 | | | | |
| 上 記 以 外 の 緊 急 連 絡 先 | Tel 氏名 | | 続柄 | | |
| | Tel 氏名 | | 続柄 | | |
| 家 族 構 成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 生 育 暦 | 妊娠時の異常 | なし ・ あり() | | | |
| | 出産時の異常 | なし ・ あり() | | | |
| | 出産時の体重 | ()g | 現在の体重 | ()kg | |
| | 首のすわり | ヶ月 | おすわり | ヶ月 一人歩き ヶ月 | |
| 食 事 関 係 | 栄養法 | 母乳 ・ 人工 ・ 混合 | | | |
| | 離乳食開始時期 | ヶ月 | | | |
| | 除去食 | なし ・ あり (卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 米 ・ 鯖 ・ 黒そば ・ その他) | | | |
| | 摂取時の症状 | | 医療機関名 | | |

※裏面もご記入ください。

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------------|---|-------|---|------|---|
| 予 防 接 種 | これまで行った予防接種に○しるしをお付けください。 | | | | | | | |
| | BCG | | ポリオ【生ワクチン、不活化ワクチン】(1回目・2回目) | | | | | |
| | 三種混合【ジフテリア、百日せき、破傷風】(Ⅰ期1回・2回・3回 追加) | | | | | | | |
| | 四種混合【ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ】(Ⅰ期1回・2回・3回 追加) | | | | | | | |
| | MRワクチン【麻疹風疹混合】(Ⅰ期・Ⅱ期) 麻疹 風疹 日本脳炎 おたふくかぜ 水痘 肺炎球菌 Hib ロタウイルス B型肝炎 インフルエンザ(接種年月日) その他() | | | | | | | |
| か か っ た 病 気 | 突発性発疹 | 歳 | 麻疹 | 歳 | 風疹 | 歳 | 手足口病 | 歳 |
| | 水ぼうそう | 歳 | おたふく風邪 | 歳 | 百日咳 | 歳 | | |
| | その他() | 歳 | () | 歳 | () | 歳 | | |
| 体 質 な ど | 風邪をひきやすい ぜいぜい言う 咳が出やすい 熱が出やすい 下痢をしやすい | | | | | | | |
| | ひきつけたことがある(発熱時・熱のないとき・泣いたとき) 鼻血が出やすい | | | | | | | |
| | じんましんが出やすい 腹痛がよくある 扁桃腺がはれる 吐きやすい 耳だれ | | | | | | | |
| | 湿疹が出やすい 皮膚が弱い 肘が抜けやすい(右・左) アレルギーがある(食物・薬) その他() | | | | | | | |
| そ の 他 | 気になること、配慮して欲しいことがあればご記入ください。 | | | | | | | |
| 平 熱 | ℃ | | | | | | | |
| け か の か 医 り 院 つ | 医院名 電話番号 — | | | | | | | |
| 保 険 証 | <記号> | | | | <番号> | | | |
| | 被保険者名(世帯主) | | | | 事業所名称 | | | |
| | 保険者番号 | | | | 保険者名称 | | | |
| | 保険者所在地 | | | | | | | |

病後児保育室記入欄

| |
|--|
| |
|--|