

登録番号： \_\_\_\_\_

年 月 日

伊万里市長 様

すこやか使用登録申請書

保護者	住所	〒 ー 伊万里市 町 番地		
	ふりがな			電話（自宅・携帯）
	氏名			勤務先名
				電話（勤務先）

すこやかの使用登録をしたいので、伊万里市病後児保育室すこやか条例施行規則第6条第1項の規定により申請します。

使用児童	ふりがな			性別	男 ・ 女	
	氏名			生年月日	年 月 日生	
	愛称			年齢	歳 か月	
	住所	〒 ー 伊万里市 町 番地				
	電話			F A X		
	兄弟姉妹	歳（男・女）		歳（男・女）		歳（男・女）
	通園等施設名	（ ） 託児所・保育園（所）・幼稚園・小学校				
	かかりつけ医	（ ） 医院・病院 （ ） 先生				
	保険の種類	国保・社保・共済・その他（ ）		保険証記号番号		
	子どもの医療費受給者番号					
予防接種等	BCG：未 ・ 済					
	不活化ポリオ：未 ・ 済（I期初回1・2・3・I期追加）					
	三種混合：未 ・ 済（I期初回1・2・3・I期追加）					
	四種混合：未 ・ 済（I期初回1・2・3・I期追加）					
	麻しん：未 ・ 済（かかった年齢 歳）					
	風しん：未 ・ 済（かかった年齢 歳）					
	麻しん・風しん混合ワクチン：未 ・ 済					
	水ぼうそう：未 ・ 済（かかった年齢 歳）					
	おたふくかぜ：未 ・ 済（かかった年齢 歳）					
	日本脳炎：未 ・ 済（1・2・追加）					
	B型肝炎：未 ・ 済（かかった年齢 歳）					
	ヒブ：未 ・ 済（I期初回1・2・3・I期追加）					
	小児肺炎：未 ・ 済（I期初回1・2・3・I期追加）					
その他（具体的に）：						