

鈴鹿市告示第164号

鈴鹿市乳幼児健康支援一時預かり事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和6年7月19日

鈴鹿市長 末 松 則 子

鈴鹿市乳幼児健康支援一時預かり事業実施要綱の一部を改正する告示

鈴鹿市乳幼児健康支援一時預かり事業実施要綱（平成15年鈴鹿市告示第59号）
の一部を次のように改正する。

第1号様式及び第2号様式を次のように改める。

第 1 号様式（第 7 条関係）

登録番号	
------	--

鈴鹿市乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録届出書

年 月 日

（宛先）鈴鹿市長

住 所
保護者名
電話番号

次のとおり事業の利用登録を受けたいので届け出ます。

ふ り が な		男	年 月 日生		
児 童 名		女			
緊 急 連 絡 先	1 (続柄) 電話番号 2 (続柄) 電話番号				
通園・通学施設	保育所（園）・認定こども園・幼稚園 小学校・その他（ ）				
生活保護法による 保 護 の 状 況	受けている 受けていない				
健 康 保 険 被 保 険 者 番 号	記号 番号 被保険者番号	医療費受給 資格証番号			
予 防 接 種 (該当欄にチェック をしてください。)	B C G	☐ 受けていない ☐ 受けた			
	三種混合	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期1回 2回 3回 追加)			
	四種混合	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期1回 2回 3回 追加)			
	五種混合	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期1回 2回 3回 追加)			
	ポリオ (□生 □不活化) ※四種混合接種者又は五種混 合接種者は記入不要	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期1回 2回 3回 追加)			
	ヒブ ※五種混合接種者は記入不要	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期1回 2回 3回 追加)			
	小児肺炎球菌	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期1回 2回 3回 追加)			
	MR (麻しん・風しん)	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期 2期)			
	日本脳炎	☐ 受けていない ☐ 受けた (1期1回 2回 追加 2期)			
	水痘 (水ぼうそう)	☐ 受けていない ☐ 受けた (1回 2回)			
	おたふくかぜ	☐ 受けていない ☐ 受けた (1回 2回)			
	ロタウイルス	☐ 受けていない ☐ 受けた (1回 2回 3回)			
	B型肝炎	☐ 受けていない ☐ 受けた (1回 2回 3回)			
	D T (二種混合)	☐ 受けていない ☐ 受けた			
ア レ ル ギ ー	無・有 ()				
既 往 症 (今までにかかった 病気の全てに○をし てください。)	1 突発性発疹症 2 はしか 3 風しん 4 水ぼうそう 5 おたふくかぜ 6 百日ぜき 7 りんご病 8 手足口病 9 ヘルパンギーナ 10 咽頭結膜熱 11 溶連菌感染症 12 とびひ 13 マイコプラズマ肺炎 14 R S ウイルス感染症 (細気管支炎) 15 ロタウイルス感染症 16 熱性けいれん 17 ぜん息 18 アトピー性皮膚炎 19 じんましん 20 その他 ()				
そ の 他	配慮してほしいこと、心配なこと等があれば、具体的に記入してください。				

第2号様式（第8条関係）

登録番号

鈴鹿市乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書

年 月 日

（宛先）鈴鹿市長

住 所
保護者名
電話番号

次のとおり事業を利用したいので、申し込みます。なお、利用に関して世帯員の課税資料を閲覧することに同意します。

ふ り が な		男	年 月 日生（ 歳 か月）		
児 童 名		女			
児 童 の 兄 弟 姉 妹	歳（男 女） 歳（男 女） 歳（男 女） 歳（男 女）				
通 園 ・ 通 学 施 設	保育所（園）・認定こども園・幼稚園・小学校・その他（ ）				
緊 急 連 絡 先	1 （続柄 ） 電話番号 2 （続柄 ） 電話番号				
か か り つ け 医	（ ） 医院 病院 医師名（ ）				
予 防 接 種	B C G	未 済	小 児 用 肺 炎 球 菌	未 1 2 3 追加	
	三 種 混 合	未 1 2 3 追加	MR（麻しん・風しん）	未 1 期 2 期	
	四 種 混 合	未 1 2 3 追加	日 本 脳 炎	未 1 2 追加 2 期	
	五 種 混 合	未 1 2 3 追加	水 痘（水ぼうそう）	未 1 2	
	ポ リ オ （□生 □不活化）	未 1 2 3 追加 ※四種混合接種者又は五種混合接種者は記入不要	お た ふ く か ぜ	未 1 2	
			ロ タ ウ イ ル ス	未 1 2 3	
種	ヒ ブ	未 1 2 3 追加 ※五種混合接種者は記入不要	B 型 肝 炎	未 1 2 3	
			D T（二 種 混 合）	未 済	
これまでにかかった主な感染症（かかった病気の全てに○をつけてください。）					
1 水ぼうそう 2 おたふくかぜ 3 風しん 4 はしか 5 突発性発疹症 6 熱性けいれん（回数 回）（直前に症状のあった日 年 月 日） 7 アトピー性皮膚炎 8 ぜん息及びぜん息性気管支炎（継続治療中 悪化時治療のみ） 9 その他（ ）					
入 院 し た こ と	ある（病名： 、 歳）（病名： 、 歳） ない				
常 用 し て い る 薬	ある（具体的に： ） ない				
食 事 制 限	ある（具体的に： ） ない				
そ の 他	体質（薬物アレルギー等）、くせ等、配慮してほしいこと等あれば、具体的に記入してください。				
今 回 の 病 気 に つ い て	病名（ ）※病名が分かっている場合は記入してください。 1 受診した医療機関名（ ） 2 かかりつけ医からの紹介状が（ある ない） 3 投薬を受けて（いる いない）（当院 他院） 4 主な症状（発熱 下痢 嘔吐 せき 鼻水 発しん その他 ）				
食 事	ミルク 離乳食（前期 中期 後期 完了期） 普通食				
排 せ つ	1人でできる（便 尿） 手助けが必要（便 尿） オムツ				
送 迎	送り 父 母 その他（ ）／ 迎え 父 母 その他（ ）				
医 師 の 所 見	児童の状況（病児 病後児） 利用については（適する 適しない） 実施施設長				

附 則

この告示は、公表の日から施行する。