

鈴鹿市告示第36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8年3月9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	
児 童 名		女	年 月 日生
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		
予 防 接 種 (該当欄にチェック をしてください。)	BCG	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた	
	五種混合	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 3回 追加)	
	四種混合	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 3回 追加)	
	小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 3回 追加)	
	MR (麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期 2期)	
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1期1回 2回 追加 2期)	
	水痘 (水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1回 2回)	
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1回 2回)	
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1回 2回 3回)	
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (1回 2回 3回)		
アレルギー	無・有 ()		
熱性けいれん	無・有 (最終既往歴 年 月 過去 回)		
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 5 おたふくかぜ 9 ヘルパンギーナ 13 マイコプラズマ肺炎 15 ロタウイルス感染症 18 じんましん	2 はしか 6 百日ぜき 10 咽頭結膜熱 14 RSウイルス感染症 (細気管支炎) 16 ぜん息 19 その他 ()	3 風しん 7 りんご病 11 溶連菌感染症 17 アトピー性皮膚炎
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	MR (麻しん・風しん)	未 1期 2期
	五種混合	未 1 2 3 追加	日本脳炎	未 1 2 追加 2期
	四種混合	未 1 2 3 追加	水痘 (水ぼうそう)	未 1 2
	ヒブ	未 1 2 3 追加 ※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
小児用肺炎球菌	未 1 2 3 追加	B 型 肝 炎	未 1 2 3	
これまでにかかった主な病気 (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 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) 7 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			
食物アレルギー	ある (具体的に:) ない			
熱性けいれん	ある (最終既往歴 年 月過去 回・抗けいれん坐剤使用 可・不可)			
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、令和8年4月1日から施行する。