

町田市子ども家庭在宅サービス事業登録票

保護者名： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 児童名		男 ・ 女	生年月日	_____年 _____月 _____日 (_____歳)		
住所	〒 _____ 町田市					
申請者電話番号		(_____)				
緊急連絡先	1	電話番号 (_____)	連絡先名称			
	2	電話番号 (_____)	連絡先名称			
	3	電話番号 (_____)	連絡先名称			
児童の所属 保育園・幼稚園 小学校・学童等		名称： _____				
		学年・クラス： _____	担任名： _____			
		学童名： _____	担当名： _____			
家族欄	氏名	続柄	所属・勤務先	氏名	続柄	所属・勤務先
健康面	既往歴	喘息・アトピー・心臓病・熱性けいれん：最終の発作は _____年 _____月 _____日頃 その他 (_____)				
	平熱 _____度	服薬 (無・有：薬名 _____)				
	アレルギー (無・有：何に? _____)					
家での呼び名		_____				
好きな食べ物		嫌いな食べ物		食事の量	少・中・多	
起床時間	_____時頃	就寝時間	_____時頃			
排泄	自立・オムツ・トイレトレーニング・夜尿・その他 (_____)					
その他知らせておきたいこと						

支援センター確認欄

担当者： _____ 地域 町 南 鶴 忠 堺相原 堺小山 : 1 2
 区分 課税 非課税 生保