

傷 害 保 険 加 入 依 頼 書

年 月 日

岬 町 長 宛

保護者 住所 _____

氏名 _____

次のとおり、傷害保険の加入手続きを依頼します。

(* 4 月 1 日現在 (予定) で記入してください。)

ふ り が な 児 童 氏 名	(満 歳)
学 年 ・ 組	小学校 年 組
自 宅 住 所	岬町
電 話 番 号	

自宅までの道順略図

※小学校 (電車通学の場合は駅) を起点に自宅までの道順

※地図の貼り付け可

児 童 状 況 表

児童氏名			☐ 下記のいずれにも該当しません
アレルギー	☐ あり { 食 物 : { その他 : ↳ { エピペンの処方 ☐ あり ☐ なし アナフィラキシーの経験 ☐ あり ☐ なし ☐ なし		
ぜんそく、てんかん、熱性けいれん	☐ あり (☐ ぜんそく ☐ てんかん ☐ 熱性けいれん) 「あり」の場合、以下について記入してください。 ・直近の発症年月 (年 月) ・発症の頻度 () ・対処法等 ☐ なし		
定期的な薬の服用 ※医療機関等で処方されたもののみ対応可能です。	☐ あり ↳ 学童保育時間内での服用の必要性 ☐ あり ☐ なし 「あり」の場合、具体的に記入してください。 ☐ なし		
障がい等	※手帳や医師の診断書等をお持ちの場合はコピーを添付してください。 ☐ 手帳あり (種類 :) ☐ 手帳なし (☐ 医師の診断書等あり ☐ 医師の診断書等なし) 障がいの名称、注意すべきこと等		
その他連絡事項がある場合は、自由に記入してください。(特に気を付けてほしいこと(指導員が常に気にかける必要があること)があれば必ず記入してください。) 			