

病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

町長 様

申請者 氏
住所

氏名
電話番号（ - - ）

下記のとおり、病児・病後児保育事業の登録を申請します。
なお、当事業の決定に必要な町県民税の調査に同意します。

ふりがな 児童氏名	男 女	保育園、幼稚園 又は小学校名	
生年月日	年 月 日	年 齡	歳 か月
世帯状況 (同居者全員 をご記入 ください)	氏 名	続柄	生年月日
	就労（勤務先・勤務時間）等		
登録機関	年 月 日 ~	年 3月 31日	
利用期間	年 月 日 ~	年 月 日・病気改善まで	
疾患名	<input type="checkbox"/> 連絡票等添付	児童の愛称	
緊急連絡先	電話番号 (- -)		
かかりつけ の医療機関	電話番号 (- -)		
被保険者証	社保・国保・その他	記号	番号
要望欄	体質(薬物アレルギー等)、偏食、くせ等心配なことや配慮してほしいことがあれば、具体的 にご記入ください。		
備 考			
確認欄	利用終了日	年 月 日	