様式第５号（第７条関係）

病児・病後児保育事業登録申請書

　　年　　月　　日

　　　　町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　齢 | | | 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 | □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 | | | | | | | | | |