

登 録 番 号

病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

次のとおり、病児保育事業を利用したいので登録を申請します。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

ふりがな		性別	男・女	生年月日 H・R		年	月	日生
児童氏名				(		歳	ヶ月)	
保 護 者	ふりがな			携帯番号		お子さんの愛称		
	氏 名							
	ふりがな			携帯番号				
	氏 名							
	自宅住所 (〒 -)							
	TEL - -							
保護者の 勤務先名	父:	勤務時間 (: ~ :)		TEL - -				
	母:	勤務時間 (: ~ :)		TEL - -				
世帯の状況 (家族構成)	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日		備考			
			S・H・R . .					
			S・H・R . .					
			S・H・R . .					
			S・H・R . .					
			S・H・R . .					
			S・H・R . .					
在園保育所等名	施設名 : 住 所 : TEL - -							
通院医療機関名	TEL - - 担当医師名 ()							
加入医療保険	国 保 ・ 社 保 ・ 共 済 ・ その他 () 記 号 () 番 号 ()							
子ども医療費給付受給資格番号								

(○をつけてください。記入事項があればご記入をお願いします。)

[illegible]

