

## 山江村病児・病後児保育事業（登録・利用）申請書

年 月 日

山江村長 様

申請者 氏 名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号（ \_\_\_\_\_ ）

次のとおり、病児・病後児保育事業の（登録・利用）を申請します。

ふりがな 児童氏名	男 女	保育園又は 幼稚園等名	〒（ _____ ）
生年月日	年 月 日	年 齢	歳 か月
世帯状況 (同居者全 員をお書き ください。)	氏 名	続柄	就労（勤務先・勤務時間等）等
	生年月日 S・H 年 月 日		
登録期間	年 月 日から 年 3月31日まで		
利用期間	年 月 日から 年 月 日・病状改善まで		
疾患名	<input type="checkbox"/> 連絡票添付		お子さん の愛称
緊急連絡先	電話番号 ( _____ )		
かかりつけ の医療機関	名称	電話番号 ( _____ )	
保険の名称		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欲しいことがあれば、具体的にお書きください。		
備考	これまでかかった病気名 【 _____ 】		

このことについて、決定・却下してよろしいか。

また、決裁のうえ例文により通知してよろしいか。

決 裁		課長	主幹	係長	課員
起案年月日	年 月 日	決裁年月日	年 月 日		