

人吉市・山江村 病児・病後児保育事業（登録・利用）申請書

年 月 日

長 様

申請者 〒 ー

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号（ ー ）

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	〒（ ー ）
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	生年月日	就労（勤務先・勤務時間等）等
			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 （ ー ー ）			
かかりつけ の医療機関	名称	電話番号 （ ー ー ）		
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	課長補佐	係長	係員
起案年月日	平成 年 月 日	決裁年月日	平成 年 月 日	