

(様式第1号)

昭和町病児・病後児保育利用登録申込書

昭和町長 様

申請者

氏名 _____ 印

病児・病後児保育事業を利用するため、次のとおり申し込みます。

児 童 に 関 す る こ と	(ふりがな)	性別	生年月日	
	氏名	男女	年 月 日生	
	住所 (〒 —)			
	電話番号 ()			
	通園・通学先等	電話番号 ()		
	出生時の異常(無・有)			
保 護 者	発育・発達の状態 (ふつう・少し遅れていると思う・わからない)			
	かかりつけ病院等			
	名称			
	主治医名			
医 療 保 険	住所			
	電話番号 ()			
	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)		
勤 務 先	携帯	携帯		
	勤務先	名称		
	住所			
世帯主・加入者	電話			
	種別			
	記号			
有効期限				

※ 裏に続きます。

