

平成 年 月 日

邑楽町長 様

申 請 者 住 所 邑楽町 \_\_\_\_\_

( 保 護 者 ) 氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

電 話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

病児・病後児保育を受けたいので、次のとおり登録します。  
 なお、病児・病後児保育を利用するために、以下の利用登録内容を利用施設に情報提供すること及び保育料算定のため市町民税等関係書類を職権調査することに異議ありません。

ふりがな		男	生年	平成 年 月 日
児童氏名		女	月日	( 歳 月)

家族の状況	氏 名	続柄	勤務先等名称	緊急連絡先・連絡電話番号
		父		
		母		

父親の勤務時間	母親の勤務時間
時 分～ 時 分	時 分～ 時 分

保育園・幼稚園・小学校等	電話 ( )
--------------	--------

かかりつけの病院名	1	電話 ( )
	2	電話 ( )

児童の平常の健康状態	良好 かかりやすい病気( )
------------	----------------

これまでにかかった主な病気 ※該当するものに☑してください

水ぼうそう おたふくかぜ 麻しん 風しん その他( )

アレルギー【 なし ・ あり (原因物質: )】

食物アレルギー【 なし ・ あり (除去食材: )】

その他健康の留意点

生活保護    なし ・ あり

※市町記載欄	世 帯 状 況	登 録 日	登 録
	1. 生活保護世帯 (平成 年 月 日保護開始)	登録解除日	解除
	2. 市区町村民税非課税世帯 3. 1・2以外の世帯	登録番号	