

## 精華町病児・病後児保育事業利用登録申請書

平成 年 月 日

精華町長 様

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

精華町病児・病後児保育事業実施要綱に基づき事業を利用したいので、次のとおり登録を申請します。

なお、利用登録にあたり、住民基本台帳による世帯状況を調査・確認すること、保育所入所申込書または放課後児童クラブ利用申込書および添付書類を閲覧すること、関係部課及び関係機関等と児童に関する情報について相互に情報提供・確認すること、また、本登録票に記入された事項及び調査した内容等について、実施施設へ通知することに同意します。

|                            |       |                                   |                              |       |              |               |           |
|----------------------------|-------|-----------------------------------|------------------------------|-------|--------------|---------------|-----------|
| 児童                         | フリガナ  |                                   |                              | 性別    | 男・女          | 生年月日          | 平成 年 月 日生 |
|                            | 氏名    |                                   |                              |       |              | (年齢)          | ( 歳 か月)   |
|                            | 住所    |                                   | 精華町                          |       | 電話番号         |               |           |
|                            | 児童の所属 |                                   | ( ) 保育所・小学校(放課後児童クラブ)、その他( ) |       |              |               |           |
| 保護者                        | 父     | (フリガナ)                            | ( )                          | 勤務先及び |              |               |           |
|                            |       | 氏名                                |                              | 電話番号  |              |               |           |
|                            | 母     | (フリガナ)                            | ( )                          | 勤務先及び |              |               |           |
|                            |       | 氏名                                |                              | 電話番号  |              |               |           |
| 携帯電話                       |       |                                   |                              |       |              |               |           |
| 登録を希望する理由・期間               |       | 父                                 | 就労、傷病、冠婚葬祭、その他( )            |       | 期            | 職 年 月 日から     |           |
|                            |       | 母                                 | 就労、傷病、冠婚葬祭、その他( )            |       | 間            | 職 年 月 日まで     |           |
| 世帯構成<br><br>※当該児童、<br>父母以外 |       | 氏名                                |                              | 続柄    | 年齢           | 職場・学校等        |           |
|                            |       |                                   |                              |       |              |               |           |
|                            |       |                                   |                              |       |              |               |           |
|                            |       |                                   |                              |       |              |               |           |
| かかりつけの病院等の名称               |       |                                   |                              |       |              |               |           |
| 所在地                        |       | 電話番号                              |                              |       |              |               |           |
| 備考                         |       |                                   |                              |       |              |               |           |
| 添付資料                       |       | ①児童の健康状況・生活状況調書<br>②その他必要と認められるもの |                              |       | ※<br>受付<br>印 | ※<br>登録<br>番号 |           |

※印欄は記入しないでください。