

人吉市病児・病後児保育事業（登録）申請書

年 月 日

人吉市長 様

申請者 氏 名

住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号（ _____ ）

次のとおり、病児・病後児保育事業の（登録）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	Tel（ _____ ）
生年月日	年 月 日	年 齢	歳 月 日
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		
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	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	