

様式第1号(第7条、第8条関係)

智頭町病児・病後児保育事業利用登録(変更)申請書

年 月 日

智頭町長 様

住所
申請者(保護者) 氏名 印
電話

智頭町病児・病後児保育事業を利用したいので、関係書類を添付して下記のとおり登録を申請します。

なお、利用料の決定にあたり、必要な課税関係の資料を本事業担当課職員が課税担当課に照会し確認すること、また、予防接種・病歴票を本事業担当課並びに智頭病院で保管することを承諾のうえ申請します。

変更の場合
智頭町病児・病後児保育事業の登録内容を変更したいので、下記のとおり申請します。

記

児童の状況	(ふりがな)		男・女	生年 月日	年 月 日 (歳)
	氏名				
	通所施設等の名称	保育園			
		自宅 ・ その他 ()			
	かかりつけ医療機関				
家族の状況(他の児童、学生の方は記入不用です)	続柄	氏名 (年齢)	勤務先等連絡先の名称		電話番号(携帯電話の番号でも可)
		()			
		()			
		()			
		()			
申請理由(主なもの)					
1. 就労 2. 傷病 3. 出産 4. 冠婚葬祭 5. その他 ()					
変更内容(変更の場合のみ記入してください)					

添付書類 予防接種・病歴票、医療行為承諾書