

第1号様式（第7条関係）

大井町病児保育事業利用登録申請書

記入日 年 月 日

大井町長 様

病児保育事業を利用したいので、次のとおり登録の申請をします。

申請者 (保護者)	(フリガナ)		住所	〒		
	氏名					
	続柄		電話番号			
児童	(フリガナ)		生年月日	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢	歳
登録する年度		年度				

通園施設等 (該当するものに ○をして下さい。)	1 保育所、幼稚園等	施設名
	2 家庭内保育	電話番号

主治医 (かかりつけ医)	医療機関名	担当医師	電話番号

基礎疾患や配慮すべき事項があればご記入ください。

所得状況 (該当する場合のみ ○をして下さい。)	1 生活保護世帯	2 市町村民税非課税世帯