別記様式第１号（第４条関係）

　　　年　　　月　　　日

長柄町長　　　　　　　　　様

申請者　住所　長柄町

　　　 (保護者)

　氏名

　　　　電話番号

長柄町病児・病後児保育事業利用助成金登録申請書

長柄町病児・病後児保育事業利用助成金交付要綱第4条に基づき、登録申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録する児童 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 通園施設名 |
| 氏　　名 |
|  | 男・女 | 年　月　日 |  | ・ながらこども園・ |
|  |
|  | 男・女 | 年　月　日 |  | ・ながらこども園・ |
|  |
|  | 男・女 | 年　月　日 |  | ・ながらこども園・ |
|  |
| 保護者の状況 | フリガナ | 年齢 | 性別 | 続柄 | 緊急連絡先・携帯電話等 |
| 氏　　名 |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| かかりつけ医 | 名　称 |  | 所在地 |  |
| 医師名 |  | 電話番号 |  |