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 | | |  | | |