

令和 年度 病児・病後児保育事業登録申請書

令和 年 月 日

北広島町長 様

申請者 千
(保護者) 住所 _____
名前 _____
電話番号 () - _____

病児・病後児保育事業(病児・病後児保育室)を利用したいので登録します。
なお、利用料の決定にあたり、私の世帯の課税状況等を確認されることに同意します。

フリガナ 氏名	男 女	生年月日	年 月 日生		
緊急連絡先	連絡先名1	TEL()	-		
	連絡先名2	TEL()	-		
かかりつけ の病院等	病院・医院	TEL()	-		
	担当医師名				
加入医療 保険	1 社会保険 4 国民健康保険	記号・番号			
	2 船員健康保険 5 その他				
通所施設名	3 共済組合				
	保育所・こども園・小学校名	TEL()	-		
家族の状況 (本人以外の家 族を記入してく ださい)	氏名	性別	続柄	生年月日	職場名または職業等

登録申請時の調査により、北広島町病児・病後児保育事業取扱要領第8条に該当する場合は、利用料の減免を申請します。

(裏面 へ)

利用料

※この欄は記入しないで下さい。

