

(様式第1号)

大山町病児保育（登録・利用）申請書

令和 年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所

電話番号

氏 名

印

次のとおり病児保育に登録
を利用 したいので、申請します

児童名 <small>(フリガナ)</small>		生年月日	年 月 日 (歳)	
病児保育を希望する期間	年 月 日～ 年 月 日			
在籍保育所・小学校名				
病児保育を 必要とする理由				
※ 以下の欄は、登録申請書を提出していない場合に記入してください。				
保 護 者 等	氏 名	続柄	生年月日	勤務先及び電話番号
町使用欄	生活保護適用 有・無			

※ 利用の対象となる疾病の範囲は、感冒、消化不良症（多症候性下痢）その他の児童が日常にかかる疾病、麻しん、水痘、風しんその他の感染性疾患、ぜん息その他の慢性疾患、熱傷その他の外傷性疾患等をいう。