

飯田市病児保育登録申込書

平成 年 月 日

飯田市長

保護者氏名

㊞

下記のとおり、飯田市病児保育事業実施要綱第7条の規定により病児保育の利用の登録を申込みます。

なお、病児保育に係る利用料減免のため、飯田市長が私の世帯の市民税課税台帳及び生活保護、家庭の状況その他に関する飯田福祉事務所において管理する資料を閲覧することに同意します。

記

児童	ふりがな				生年月日	性別
	氏名				平成 年 月 日	男・女
	在籍園名					
保護者	ふりがな				自宅電話	
	氏名				— —	
	住所				携帯電話	
緊急連絡先	順位	氏名	続柄	携帯(自宅)電話	勤務先電話	
	第1					
	第2					
	第3					
かかりつけ医		病院・医院名	電話番号	健康保険	種類	社保・国保・共済 その他()
	内科・小児科				記号	
	その他()				番号	
家族 本人を除く	続柄	氏名	生年月日		勤務先	*登録の有無
			M T S H	・ ・		
			M T S H	・ ・		
			M T S H	・ ・		
			M T S H	・ ・		
処理欄			利用料区分	飯田市		実施施設
			1 無料	承認	利用料	受付
			2 1,000円/日			登録
			3 2,000円/日			受付

*家族の欄「登録の有無」：きょうだい関係において、病児保育の登録の有無の確認です。