

登録番号	
------	--

病児保育事業利用登録書

年 月 日

長 与 町 長 様

申請者 住 所：長与町 郷 番地
 (保護者) 氏 名： 印
 電話番号： — —

次のとおり、病児保育事業を利用したいので登録を申請します。
 なお、利用期間中は、施設の指示に従います。
 また、内容の審査にあたり、世帯全員の市町村民税の課税状況について、調査確認を行うことに承諾します。

ふりがな			男・女	年 月 日生
お子さまの名前				(歳 ヶ月)
在園保育所等名	施設名： 住 所： TEL — —			
ふりがな 保護者氏名			家 族 構 成	父・母・祖父・祖母 兄弟姉妹()人
住 所	〒 — 長与町 郷 番地		TEL	— —
父 母 の 勤 務 先	父：		TEL	— —
	母：		TEL	— —
世帯の状況	氏 名	続 柄	生年月日	市 町 村 民 税 所得割課税額
			・ ・	課税・非課税 円
			・ ・	課税・非課税 円
			・ ・	課税・非課税 円
			・ ・	課税・非課税 円
			・ ・	課税・非課税 円
通院医療機関名	TEL — — 担当医師名()			
加入医療保険	国保・社保・共済・その他() 記号() 番号()			
乳幼児福祉医療受給者番号				

