

病児保育事業利用登録申請書

竹田市長 様

平成 年 月 日

保護者住所	竹田市
保護者氏名	Ⓜ
自宅電話番号	
携帯電話番号	

竹田市病児保育事業の利用登録を申し込みます。また、保護者負担金の算定のため、同居家族の課税状況の調査及び事業実施機関への情報提供に同意します。

（生活保護世帯及び市民税非課税世帯の方は利用料の免除申請が可能です。）

(ふりがな)		男・女	年 月 日生	登録番号		
児童氏名			( 歳)	市記入欄		
児童の状況	① ( ) 保育所(園)・幼稚園 ② ( ) 小学校					
家族状況及び緊急連絡先	連絡順位	(ふりがな) 氏名	続柄	携帯電話番号	その他連絡先	勤務先等
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
7						
かかりつけ医	病院・医院 TEL					
かかりつけ医	病院・医院 TEL					
アレルギー	食品 卵・大豆・牛乳・その他 ( )			特記		
有・無	その他 ( )					

①実施機関が迎えを待つことが危険と判断した場合は、協力医又は近隣医療機関の受診をお願いします。

②近隣での受診が困難な場合は救急車の要請をお願いします。

利用にあたって、上記のとおり申し出ます。

保護者氏名 Ⓜ