様式第１号（第４条関係）　　　睦沢町病児・病後児保育事業利用助成金登録申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録する児童 | フリガナ | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 学校名等 |
| 氏　　名 |
|  | 男・女 | 年　　月日 |  |  |
|  |
|  | 男・女 | 年　　月日 |  |  |
|  |
|  | 男・女 | 年　　月日 |  |  |
|  |
| 保護者の状況 | フリガナ | 年齢 | 性別 | 続柄 | 緊急連絡先・携帯電話等 |
| 氏　　名 |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| かかりつけ医 | 名　称 |  | 所在地 |  |
| 医師名 |  | 電話番号 |  |

上記のとおり、睦沢町病児・病後児保育事業利用助成金の利用を申請します。

平成　　　年　　　月　　　日

睦沢町長　　　　　　　　　　様

申請者　住所　睦沢町

　　　　氏名

（続柄：　　　　）

　　　　電話番号