

年 月 日

病児保育施設利用登録届出書

（宛先）村上市長

保護者名 住所
氏名
電話番号

病児保育施設の利用のため、次の事項に同意の上、登録を申し込みます。

- (1) 病児保育施設を利用した場合に、使用料の審査のため公的扶助の受給状況について市の公簿等により調査すること
- (2) 緊急時には保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、措置を行うこと。その際に発生する医療費等については保護者負担となること

登 録 児 童	ふりがな		性別	生年月日
	児童氏名		男・女	年 月 日
	住 所			
	通園・通学 施 設 名	() 園・保育園・幼稚園・小学校 (0、1、2) 歳児・年少・年中・年長・小学校 () 年生		
	かかりつけ医	() 医院・病院 () 先生		
保 護 者	連絡先 1		連絡先 2	
	ふりがな 氏 名	続柄	ふりがな 氏 名	続柄
	携帯電話	— —	携帯電話	— —
	勤務先名 電話番号	— —	勤務先名 電話番号	— —
家 族 状 況	続 柄	氏 名	続 柄	氏 名

