

大山町病児保育（登録・利用）申請書

年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所

電話番号

氏 名

次のとおり病児保育に登録
を利用 したいので、申請します。

児 童 氏 名		生年月日	年 月 日(歳)
病児保育を 希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
病児保育を 必要とする理由			

以下の欄は、登録申請書を提出していない場合に記入してください。

保 護 者 等	氏 名	続柄	勤務先及び電話番号
生活保護適用	有 ・ 無		

※ 利用の対象となる疾病の範囲は、感冒、消化不良症(多症候性下痢)その他の児童が日常的にかかると見られる疾病、麻しん、水痘、風しんその他の感染性疾患、ぜん息その他の慢性疾患、熱傷その他の外傷性疾患等をいう。