## 様式第1号(第7条、第8条関係)

智頭町病児・病後児保育事業利用登録(変更)申請書

年 月 日

智頭町長 様

住 所 申請者(保護者) 氏 名 印 電 話

智頭町病児・病後児保育事業を利用したいので、関係書類を添付して下記のとおり登録を申請します。

なお、利用料の決定にあたり、必要な課税関係の資料を本事業担当課職員が課税担当課に照会し確認すること、また、予防接種・病歴票を本事業担当課並びに智頭病院で保管することを 承諾のうえ申請します。

## 変更の場合

智頭町病児・病後児保育事業の登録内容を変更したいので、下記のとおり申請します。

記

(ふりがな)     男・女 月日     年月日(歳)       氏名     保育園       適所施設等の名称     自宅・その他()     )       を療機関     家族の機関       家族の機関     家族の機関       家族の状況(他のの児童、学生 ())     ()       連貫中(主なもの)       1. 就労 2. 傷病 3. 出産 4. 冠婚葬祭 5. その他()     )       更内容(変更の場合のみ記入してください)	変	申			す	小用で	記入了	の方は記入不用です)	. り . ジ	重 0	頂	
氏名     男女 年 月 日 (歳)       通所施設等の名称 自宅・その他 ( ) かかりつけ医療機関     自宅・その他 ( ) )       続柄 氏名 (年齢) 勤務先等連絡先の名称 話の番号でも可)     電話番号 (携帯電話の番号でも可)       ( ) ( ) ( ) ( ) ( )     ( ) ( )       理由 (主なもの) 就労 2. 傷病 3. 出産 4. 冠婚葬祭 5. その他 ( )     ( ) )			生		児童	他	状況	家族のは	7 2	<b>E</b>	<b>=</b>	
名     男 女 月日     年 月 日(歳)       記録等     保育園       自宅・その他 ( )     つけ 機関       氏 名 (年齢)     勤務先等連絡先の名称     電話番号 (携帯電話の番号でも可)       ( )     ( )       ( )     ( )       ( )     ( )       ( )     ( )       ( )     ( )       ( )     なもの)       2. 傷病 3. 出産 4. 冠婚葬祭 5. その他 ( )								続柄	の名称	通所施	氏	(ふり
女     月日     年月日(歳)       保育園       自宅・その他()     )       氏名(年齢)     勤務先等連絡先の名称 話の番号でも可)       ()     ()									5	設等	名	がな)
女     月日     年月日(歳)       保育園       自宅・その他()     )       名(年齢)     勤務先等連絡先の名称 話の番号でも可)       ()     ()								氏				
女     月日     年月日(歳)       保育園       ・その他 ( )       (年齢)     勤務先等連絡先の名称     電話番号 (携帯電話の番号でも可)       ( )     ( )       ( )     ( )       ( )     ( )       3. 出産 4. 冠婚葬祭 5. その他 ( )								名	自宅			
大     月日     年月日(歳)       保育園       その他 ( )     前務先等連絡先の名称 話の番号でも可)       ((口)     前の番号でも可)       ((口)     (口)       ((口)     (口)       (口)     (口) <tr< td=""><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>(</td><td>•</td><td></td><td></td><td></td></tr<>								(	•			
女     月日     年月日(歳)       保育園     他( )       動務先等連絡先の名称     電話番号(携帯電話の番号でも可)       )     )       )     )       )     )       )     )       4. 冠婚葬祭     5. その他( )			(	(	(	(	(	(年齢)	その			
女     月日       保育園       ( )       勤務先等連絡先の名称     電話番号 (携帯電話の番号でも可)			)	)	)	)	)		他			
年 月 日( 歳) 保育園 ) ( でも可) ( でも) ( でも	冠婚							벌	(		•	Ħ
う (連絡先の名称 電話番号 (携帯電 話の番号でも可)	葬祭_							務先等		保育		<b>北</b> 左
) 電話番号 (携帯電 話の番号でも可)	5.							<b>等連絡</b>		富		
が 電話番号 (携帯電話の番号でも可)	その							先の名			年	
) 電話番号 (携帯電 話の番号でも可)	他(							称			Ξ.	
言話番号(携帯電											月	
) 番号(携帯電												
)											日	
)											(	
	)								)		歳)	

添付書類 予防接種·病歴票、医療行為承諾書