第１号様式（第１０条関係）

※ 登録番号	

病児・病後児保育利用登録票

申請日　　年　　月　　日

清須市長　様

申請者　住　　所
氏　　名
電話番号
メールアドレス

（自署の場合、押印不要）

清須市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録します。
なお、利用料の決定に必要な市民税等の情報（同一世帯を含む。）を閲覧すること及びその情報に基づき決定した利用料について、実施事業者に対して提示することに同意します。
また、緊急な場合で保護者との連絡が不能な場合は入院などの判断を一任します。

ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年　月　日生 歳　か月
児童愛称		通園・通学先名	
保護者 ・ 緊急時 連絡先	自宅住所（〒　　） 自宅電話番号		
	氏名　（続柄　　）	勤務先名	
	携帯電話	電話	
	氏名　（続柄　　）	勤務先名	
	携帯電話	電話	
かかり つけ医	病院・医院　　担当医師名		
常時内服している薬	喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば、具体的にお書きください。 （内服時間も）		
食　事	食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書きください。		
その他	体質（アレルギー等）やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。		

※登録番号欄への記入は必要ありません。