

病後児保育事業登録申請書

登録№
年 月 日

肝付町長 様

住所
氏名
電話

次のとおり肝付町病後児保育事業への登録を申請します。
なお、本事業を円滑に実施するため、記載した個人情報を肝付町および実施施設が利用することについて、承諾します。

登録児童情報

ふりがな 児童氏名	性別	生年月日 (年 月 日 歳 ヶ月)
ふりがな 児童氏名	性別	生年月日 (年 月 日 歳 ヶ月)
ふりがな 児童氏名	性別	生年月日 (年 月 日 歳 ヶ月)

肝付町にお住まいの方は下記必要事項も記入してください。

病後児保育事業利用助成金の振込先口座

金融機関名	銀行・信金・信組・農協・漁協・労金		
支店名	本店・本所・支店・支所・出張所		
口座区分	1 普通	2 当座	3 その他 ()
口座番号	郵便局	記号	番号
	フリガナ		
口座名義人	氏名		

※ 通帳の見開き1ページ目のコピーを添付してください。