

様式第1号 (第10条関係)

病児・病後児保育事業利用登録申請書

豊川市社会福祉事務所長 殿

〒 年 月 日

住所

申請者 フリガナ 氏名

電話

下記のとおり病児・病後児保育事業の利用について申請します。

記

事業の利用を希望する児童の氏名 (フリガナ)		事業の利用を希望する児童の生年月日			
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 ( 年4月1日現在の年齢 歳)			
在園名等		生活保護適用の有無			
小学校・保育園・幼稚園		<input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日保護開始) ・ <input type="checkbox"/> 無			
児童の家族状況 (事業の利用を希望する児童は除く。)	氏名	児童との 続き柄	生年月日	年齢	職業
同意書					
豊川市長殿 利用料算定について必要とする公簿の閲覧について同意します。また、事業の実施にあたり、利用登録の内容を実施施設に通知することに同意します。  保護者氏名					

注 該当する□にレ印を記入してください。