

様式第1号（第8条関係）

休日保育事業利用登録申請書

豊川市社会福祉事務所長 殿

令和 年 月 日

〒 ー

住所

フリガナ  
申請者 氏名

電話

下記のとおり休日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）<br><div><input type="checkbox"/>男<br/><input type="checkbox"/>女</div> |     | 事業の利用を希望する児童の生年月日<br>平成・令和 年 月 日<br>(令和7年4月1日現在の年齢 歳) |                                 |    |     |
| 事業の利用を希望する理由                                                                                |     |                                                       |                                 |    |     |
| 事業の利用を希望する期間<br>令和 年 月 1日から令和8年3月31日まで                                                      |     |                                                       | 緊急連絡先<br>①名称<br>電話<br>②名称<br>電話 |    |     |
| 保育の実施を受けている保育所<br>園                                                                         |     |                                                       |                                 |    |     |
| 児童の家族状況<br>(事業の利用を希望する児童は除く。)                                                               | 氏 名 | 児童との<br>続き柄                                           | 生年月日                            | 年齢 | 職 業 |
|                                                                                             |     |                                                       |                                 |    |     |
|                                                                                             |     |                                                       |                                 |    |     |
|                                                                                             |     |                                                       |                                 |    |     |
|                                                                                             |     |                                                       |                                 |    |     |
|                                                                                             |     |                                                       |                                 |    |     |
|                                                                                             |     |                                                       |                                 |    |     |

注 該当する□にレ印を記入してください。

※豊川市社会福祉事務所処理欄（以下の欄は記入しないでください。）

|                                                                            |    |      |    |   |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|------|----|---|------------------------------------|
| 公印使用承認                                                                     | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 年 月 日                              |
|                                                                            |    |      |    |   | 上記申請について、次のとおり決定してよろしい<br>ですか。（伺い） |
| 利用の可否<br><div><input type="checkbox"/>承諾 <input type="checkbox"/>不承諾</div> |    |      |    |   | 不承諾の理由                             |
| 利用料（日額）<br>円                                                               |    |      |    |   | 承諾期間<br>年 月 日から 年 月 日まで            |