



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

平成31年 4月 1日

住所 豊川市諏訪1丁目1番地
申請者 氏名 フリガナ スワ イチロウ 諏訪 一郎 
電話 0533-89-2274

下記のとおり病児・病後児保育事業 す。

申請の年度を記入
してください。

事業の利用を希望する児童の氏名 (<small>フリガナ</small> スワ タロウ 諏訪 太郎)		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	事業の利用を希望する児童の生年月日 平成24年 6月 1日 (平成31年)4月1日現在の年齢 6歳)		
在園名等 諏訪  保育園・幼稚園		生活保護適用の有無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日保護開始) ・ <input checked="" 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
	諏訪 一郎	父	S51.6.19	42	会社員
	諏訪 花子	母	S52.3.6	42	会社員
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、事業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 諏訪 一郎 					

上記の申請者と同じ方のお名前をご記入ください。認印も同じものを押印してください。

注 該当する□にレ印を記入してください。