

令和 7 年度 弘 前 市 病 児 病 後 児 保 育 利 用 登 録 申 込 書

※受付 年 月 日		※登録番号				※利用料			
住所		Tel. — —							
登録 児童	フリガナ	性別	生 年 月 日			入所施設・学校等		有 ・ 無	
	氏 名	男 女	平成 令和 年 月 日			施設 学校 名 名			
登録希望 理由	1 就労 2 就学 3 職業訓練 4 介護 5 その他 ()								
児童と 同居し ている 家族	続柄	氏 名		生 年 月 日			勤務先・学校名等		
				・ ・					
				・ ・					
				・ ・					
				・ ・					
				・ ・					
				・ ・					
				・ ・					
				・ ・					
緊急 連絡 先	1	の勤務先 (いる所) または 携帯電話			— —				
	2	の勤務先 (いる所) または 携帯電話			— —				
	3	の勤務先 (いる所) または 携帯電話			— —				
病児病後児保育を利用したいので上記のとおり登録を申し込みます。また、必要に応じて病児病後児保育を利用する施設に申込書の内容を提供することに同意します。 令和 年 月 日 弘 前 市 長 様 保護者氏名 ※本人が手書き (自署) しない場合は、 記名押印してください。					備 考				

※利用資格調査

☐ 病児病後児保育の対象児童として認められる (実施要領第 5 に該当)	調 査 月 日 令和 年 月 日
	調 査 員
☐ 病児病後児保育の対象児童として認められない (理由 :)	