

登録番号	
------	--

病児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

四国中央市長 様

保護者 住所
氏名

次のとおり、四国中央市病児保育事業を利用したく登録申請します。
また、登録に必要な世帯の課税状況を調査すること、及び登録した情報を実施施設と共有することに同意します。

登録児童	ふりがな		愛 称	性別	生年月日
	氏 名			男 女	年 月 日生 歳 ヶ月
	児童の 兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
	通 園 施設名	電話			
	かかり つけ医				
保護者	氏 名	(歳)	父・母・その他 ()		
	氏 名	(歳)	父・母・その他 ()		
	職 業	父	母		
	自宅電話	(携帯電話・その他)			
緊急連絡先	連絡者名	続柄	連絡先	電話番号	
	①				
	②				
	③				

※以下は記入しないでください。

利用料金		受付日		処理	
------	--	-----	--	----	--