

登録番号	
------	--

年度各務原市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

（宛先）各務原市長

申請者（保護者等）

住所 〒 —

氏名

電話

各務原市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録申請します。

なお、次に掲げる事項について同意します。

- （1）記入した個人情報を各務原市と病児・病後児保育実施施設で共有すること。
- （2）病児・病後児保育実施施設が必要に応じて通園・通学先、受診された医療機関等に児童の情報を確認すること。
- （3）3人以上の児童（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）を扶養する多子世帯に該当する場合は、「多子世帯病児・病後児保育利用料無料化事業」の対象であることの確認のために、世帯全員の市税の納付状況を確認すること。

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
児童氏名				
保護者	父（氏名）	携帯電話		お子さんの愛称
	母（氏名）	携帯電話		
	住所（〒 — ） 自宅の電話 — —			
通園・通学施設等				
1. 保育所（園） 幼稚園 小学校 年生				
2. 通園・通学していない 3. その他（ ）				
かかりつけの医院・病院				
妊娠中の異常（なし・あり）				
出産時の異常（なし・あり）				
発達の異常（なし・あり）				

