

年 月 日

病児保育事業の広域利用に関する協定締結市町長 様
 (盛岡市, 滝沢市, 矢巾町)

申込者 住 所
 (フリガナ)
 氏 名
 電 話

病児保育事業利用申込書

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申込みます。また、病児保育事業費用負担決定に必要な世帯状況及び課税状況について照会することを承諾します。

| 児童氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 現在の保育状況 |
|---------------------|-------------------------------|-------|----|---|
| (フリガナ) (男・女) | | 年 月 日 | 歳 | 1 保育所等 (保育所等名:) 2 家庭 3 その他 () |
| 平常の健康状態 | 1 良 2 発育上心配な事項 () | | | |
| 現在の健康状態 | 1 風邪 2 胃腸炎 3 溶連菌感染症 4 その他 () | | | |
| 利用を希望する施設 | | | | |
| 利用を希望する理由 | 仕事・傷病・出産・冠婚葬祭・その他 () | | | |
| 利用を希望する日 | 年 月 日 () | | | |
| 利用を希望する時間 | 時 分から 時 分まで | | | |

※記名押印に代えて署名することができます。※ 保育所入所児童の場合は、以下の欄は記入不要です。

| 家族の状況 | 氏 名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先等 (電話番号) |
|------------------|-----|-------------------------------------|------|------------------------------------|-------------|
| | | 父 | ・ | ・ | |
| | | 母 | ・ | ・ | |
| | | | ・ | ・ | |
| | | | ・ | ・ | |
| ①生活保護・中国残留邦人支援給付 | | <input type="checkbox"/> 受けている | | <input type="checkbox"/> 受けていない | |
| ②母(父)子・障がい者世帯 | | <input type="checkbox"/> 母(父)子世帯である | | <input type="checkbox"/> 障がい者世帯である | |

病児保育事業の広域利用に関する協定締結市町長 様
(盛岡市, 滝沢市, 矢巾町)

申込者 住 所 盛岡市 内丸 12-2
(フリガナ) 刈木 知
氏 名 盛岡 太郎
電 話 651-4111

病児保育事業利用申込書

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申込みます。また、病児保育事業費用負担決定に必要な世帯等状況及び課税状況について照会することを承諾します。

| 児童氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 現在の保育状況 |
|--|--|--------------------------|----|---|
| (フリガナ)刈木 ハコ 盛岡 花子 (男・ <input checked="" type="radio"/>) | 子 | 平成〇年 10月 1日 | 3歳 | <input checked="" type="radio"/> 1 保育所等 (保育所等名: △△保育園) 2 家庭 3 その他 () |
| 平常の健康状態 | <input checked="" type="radio"/> 1 良 | 2 発育上心配な事項 () | | |
| 現在の健康状態 | <input checked="" type="radio"/> 1 風邪 | 2 胃腸炎 3 溶連菌感染症 4 その他 () | | |
| 利用を希望する施設 | たんぽぽ病児保育所 | | | |
| 利用を希望する理由 | <input checked="" type="radio"/> 仕事・傷病・出産・冠婚葬祭・その他 () | | | |
| 利用を希望する日 | 令和〇〇年 4月 10日 (金) | | | |
| 利用を希望する時間 | 9時 00分から 17時 00分まで | | | |

※記名押印に代えて署名することができます。※ 保育所入所児童の場合は、以下の欄は記入不要です。

| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 勤務先等 (電話番号) |
|-------------------|----|-------------------------------------|------|------------------------------------|-------------|
| | | 父 | ・ | ・ | |
| | | 母 | ・ | ・ | |
| | | | ・ | ・ | |
| | | | ・ | ・ | |
| | | | ・ | ・ | |
| ①生活保護, 中国残留邦人支援給付 | | <input type="checkbox"/> 受けている | | <input type="checkbox"/> 受けていない | |
| ②母(父)子・障がい者世帯 | | <input type="checkbox"/> 母(父)子世帯である | | <input type="checkbox"/> 障がい者世帯である | |