

年 月 日

病後児保育登録申請書

春日井市長 様

保護者 住所 〒 ー
春日井市

氏名 印

次のとおり病後児保育の利用登録を申請します。 Tel. () ー

ふりがな 児童名		性別	男 ・ 女	生年月日 年齢	H 年 月 日 歳 か月
所 属	() 保育園・幼稚園・小学校・その他 に、(在籍・予定) している。				
生活保護	無 ・ 有				
家族構成(同居)	氏 名	児童との 続柄	生年月日	職 業	
		父	・ ・		
		母	・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
	勤 務 先	就労時間		電話番号	
父		平日	: ~ :	勤務先	
		土	: ~ :	携帯	
母		平日	: ~ :	勤務先	
		土	: ~ :	携帯	
今までに感染したことのある感染症に○を付けてください。 ① 水ぼうそう ② おたふく風邪 ③ はしか ④ 風しん ⑤ 百日咳 ⑥ B型肝炎 ⑦ その他()					
手数料を決定するため、世帯員の市民税等 税額に関する公簿の閲覧を承諾します			保護者氏名 印		
手数料 (課税 ・ 市県民税 のみ課税 ・ 非課税)				円	
				手数料区分確認	

※ 太枠の中は記入しないでください