

## 飯田市病児保育施設「おひさまはるる」登録申込書

令和 年 月 日

飯田市長  
飯田市病児保育事業実施要綱第2条第1項協定町村長

保護者氏名 ㊟

下記のとおり、飯田市病児保育事業実施要綱第7条の規定により病児保育の利用の登録を申込みます。

なお、病児保育に係る利用料減免のため、飯田市長及び飯田市病児保育事業実施要綱第2条第1項協定町村長が私の世帯の市民税課税台帳及び生活保護、家庭の状況その他に関する飯田福祉事務所、協定町村役場において管理する資料を閲覧することに同意します。

### 記

児童	ふりがな				生年月日	性別
	氏名				平成・令和 年 月 日	男・女
	在籍園・校名					
保護者	ふりがな				自宅	— —
	氏名					
	住所				携帯	— —
緊急連絡先	順位	氏名	続柄	携帯(自宅)電話	勤務先電話	
	第1					
	第2					
	第3					
かかりつけ医		病院・医院名	電話番号	健康保険	種類	社保・国保・共済 その他( )
	内科・小児科				記号	
	その他 ( )				番号	
家族 (本人を除く)	続柄	氏名	生年月日		勤務先	*登録の有無
			T S H R . .			
			T S H R . .			
			T S H R . .			
			T S H R . .			
処理欄			利用料区分		承認	利用料
			1 無料			
			2 1,000円/日			
			3 2,000円/日			

\*家族の欄「登録の有無」: きょうだい関係において、病児保育の登録の有無の確認です。