

病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

木津川市長 宛て

申請者（保護者）\_\_\_\_\_

木津川市病児・病後児保育事業実施要綱第8条の規定により、病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録を申請します。

なお、利用登録にあたり、住民基本台帳による世帯状況を調査・確認すること、教育・保育給付認定申請書兼施設（事業）利用調整申込書又は放課後児童クラブ入会申請書及び添付書類を閲覧すること、関係部課及び関係機関等と児童等に関する情報について相互に情報提供・確認すること、また、本登録票に記入された事項及び調査した内容等について、実施施設へ通知することに同意します。

児童	フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
	氏名				(年齢)	( 歳 か月)
	住所	木津川市 (電話: - - )				
	児童の所属	保育園・こども園・幼稚園・ 小学校・放課後児童クラブ・その他				
保護者	父	フリガナ			勤務先	
		氏名			及び電話番号	
	母	フリガナ			携帯電話番号	
		氏名			勤務先	
登録を希望する理由・期間	父	就労、傷病、冠婚葬祭 その他 ( )			期間	年 月 日から 年 月 日まで
	母	就労、傷病、冠婚葬祭 その他 ( )				

世帯構成	氏名	続柄	年齢	職場・学校等
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
かかりつけの病院等の名称				
かかりつけの病院等の所在地		(電話： - - )		
備 考				
※添付資料			※受付印	
※登録番号	— — —			

※印欄は記入しないでください。