

年 月 日

石岡市長 あて

申請者 住 所
氏 名
連絡先

印

病後児保育事業登録申請書

次のとおり、病後児保育事業に登録を申請します。

なお、登録の審査のための住民基本台帳調査及び課税状況調査に同意します。

児童氏名(ふりがな)	生年月日 (満 歳)	性別	保育所名
	年 月 日生		
利用希望期間 年 月 日から 年 月 日まで			かかりつけ医名
児 童 の 世 帯 状 況			
続柄	氏名	生年月日	性別 勤務先及び電話番号
既 往 歴	今までに行った予防接種 三種混合 年 月 はしか 年 月 おたふくかぜ 年 月 みずぼうそう 年 月 その他()	今までにかかったことのある病気 百日咳 はしか 年 月 おたふくかぜ 年 月 みずぼうそう 年 月 風疹 年 月	

認定欄(記入不要です。)	
負担金	登録番号

備考 登録申請は、石岡市保健福祉部こども福祉課及び八郷総合支所市民窓口課において受け付けます。