

坂井市長 様

病児等保育利用登録申請書

下記のとおり、病児(病後児)保育利用を登録申請します。

保護者	住 所	坂井市				行 政 区	
	氏 名		電話番号	自 宅 携 帯			
利用児童	ふりがな					生 年 月 日	男・女
	氏 名	第 子				年 月 日	
	個 人 番 号					通園・通学先	
	保 険 証 記 号 番 号					発行機関名	
利用児童を除く家庭の状況	氏 名	続 柄	性 別	年 齢	勤 務 先	電 話	
		父	男				
	個 人 番 号						
		母	女				
	個 人 番 号						
	個 人 番 号						
	個 人 番 号						
利 用 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日						
希 望 す る 施 設 名	三国病院病児病後児保育施設						
世 帯 の 状 況	生活保護世帯 ・ 市民税非課税世帯 ※該当する場合は○印を付してください。						

※ここからは記入しないで下さい。

利用可否	利 用 期 間	利用可否	利 用 期 間
可・否	. . ~ . .	可・否	. . ~ . .
可・否	. . ~ . .	可・否	. . ~ . .
ふくい3人っ子応援プロジェクト(第3子以降就学前)		生保・非課税世帯	
該当する ・ 該当しない		該当する 該当しない	