様式第１号

令和 8 年度 弘前市病児病後児保育利用登録申込書

※受付　年　月　日	※登録番号		※利用料	

住所	TEL　－　－				
登録児童	フリガナ	性別	生　年　月　日	入所施設・学校等	有　・　無
	氏 名	男 女	平成 令和　年　月　日	施設名 学校名	
登録希望理由	1 就労　2 就学　3 職業訓練　4 介護　5 その他（　　）				

児童と同居している家族	続柄	氏　名	生　年　月　日	勤務先・学校名等
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	
			・　・	

緊急連絡先			
1	の勤務先（いる所）　または　携帯電話	－	－
2	の勤務先（いる所）　または　携帯電話	－	－
3	の勤務先（いる所）　または　携帯電話	－	－

病児病後児保育を利用したいので上記のとおり登録を申し込みます。また、必要に応じて病児病後児保育を利用する施設に申込書の内容を提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日

弘前市長　　様

保護者氏名

※本人が手書き（自署）しない場合は、記名押印してください。

備　考

※利用資格調査

□ 病児病後児保育の対象児童として認められる（実施要領第５　　に該当）	調　査　日 令和　年　月　日	
□ 病児病後児保育の対象児童として認められない（理由：　　）	調査員	

右側のQRコードを読み取って、インターネットから電子申請できます→