

# 十日町市病（後）児保育事業利用申込書

施設長様

十日町市病（後）児保育事業の利用を申込みます

|                      |  |              |
|----------------------|--|--------------|
| <b>※記入不要</b><br>登録番号 |  | 記入日 令和 年 月 日 |
| ふりがな<br>児童氏名         | 生年月日 年 月 日 ( 歳)  | 男・女          |
| 通園・<br>小学校名          | 保育園 / 幼稚園 / 小学校 / 在宅   |              |
| 保護者氏名                | ①  |              |
| 住 所                  | (〒 - ) (町名 )<br>電話 ( ) -   |              |
| 保護者<br>連絡先           | 氏名 ( ) 続柄 ( )<br>勤務先 ( ) 電話 ( ) -  |              |
| 利用施設名                |  |              |
| 利用期日                 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |              |
| 利用時間                 | 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分  |              |
| 利用について               | ① 緊急時の診察の承諾について ( 承諾します ・ 承諾しません )<br>② 急性期のお子さんの利用もあります (感染症も含む) 二次感染の可能性もあることをご理解ください ( はい ・ いいえ )<br>署名 ( ) |              |

※以下の欄は、該当する世帯の方のみご記入ください

| 十日町市病（後）児保育事業利用料減免申請書                     |  |
|---|--|
| 令和 年 月 日                                  |  |
| 十日町市長様                                    |  |
| 十日町市病（後）児保育事業の利用にあたり、利用料の減免をお願いします。       |  |
| なお、利用料の減免確認のため、わたくしの世帯の課税資料を閲覧することを承諾します。 |  |
| 住 所                                       |  |
| 保護者氏名                                     | ①  |
| 利用児童氏名                                    |  |
| 減免理由                                      | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯<br><input type="checkbox"/> 前年所得税非課税及び前年度市民税非課税世帯<br><input type="checkbox"/> 前年所得税非課税世帯 |