

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

|                |                                                               |  |              |
|----------------|---------------------------------------------------------------|--|--------------|
| ※記入不要<br>登録番号  |                                                               |  | 記入日 令和 年 月 日 |
| ふりがな<br>児童氏名   |                                                               |  | 男・女          |
|                | 生年月日 年 月 日 ( 歳)                                               |  |              |
| 通園・<br>小学校名    | 保育園 / 幼稚園 / 小学校 / 在宅                                          |  |              |
| 保護者氏名          |                                                               |  |              |
| 住 所            | (〒 - ) (町名 )                                                  |  |              |
|                | 電話 ( ) -                                                      |  |              |
| 保 護 者<br>連 絡 先 | 氏 名 ( ) 続 柄 ( )                                               |  |              |
|                | 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 )                            |  |              |
|                | 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 ) |  |              |
|                | 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                                     |                                                                                                                          |
| 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 |