

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 登録番号		記入日 令和 年 月 日
ふりがな 児童氏名	生年月日 年 月 日 (歳)	男・女
通園・ 小学校名	保 育 園 / 在 宅 幼 稚 園 小 学 校	
保護者氏名		
住 所	(〒 -) (町名) 電話 () -	
保 護 者 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) ③ 利用料の減免申請について (申請します ・ 申請しません) 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 <input type="checkbox"/> 前年所得税非課税及び前年度市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 前年所得税非課税世帯