

年 月 日

奥州市長 宛

保護者 住所
氏名

病後児保育利用申込書

病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。また、病後児保育の利用に要する費用の決定のため、市が課税状況及び生活保護の受給状況を確認することについて同意します。

ふりがな		性別	男・女	生年月日	
児童氏名				年 月 日(歳 か月)	
入所施設名 (学校名)					
緊急連絡先①	ふりがな		続柄：	勤務先：	
	氏名				
	電話番号：			勤務先電話番号：	
緊急連絡先②	ふりがな		続柄：	勤務先：	
	氏名				
	電話番号：			勤務先電話番号：	
緊急連絡先③	ふりがな		続柄：	勤務先：	
	氏名				
	電話番号：			勤務先電話番号：	
利用を希望 する理由	就労 職業訓練・就学 傷病 災害・事故 出産 看護・介護 冠婚葬祭等 その他やむを得ない事情()				
利用希望日 及び時間 (保護者記入欄)	年 月 日 時 分から 時 分まで 年 月 日 時 分から 時 分まで				
利用日 及び時間 (職員記入欄)	年 月 日 時 分から 時 分まで 年 月 日 時 分から 時 分まで				

裏面も記入してください。

(裏面)

[illegible]

備考

- 1 医師から処方されている内容がわかるもの(薬剤情報提供書)をお持ちください。
(昼食時に薬の服用が必要ない場合も処方内容が確認できるものをお持ちください。)
- 2 昼食時の薬が処方されている場合は薬をご持参ください。看護師が投与します。
- 3 生活保護世帯に該当する方は、生活保護受給証明書を提示してください。

事務處理欄

	A 生活保護世帯	0円
	B 市民税非課税世帯	
	C1 市民税均等割のみ課税世帯	1,000円
	C2～ 市民税所得割課税世帯 市外に住所を有する対象児	2,000円