

登録番号

様式第1号（第6条関係）

病児・病後児保育登録申込書

年 月 日

（あて先
※1市2町以外に居住の人は平生町への申込となります）
柳井市長
田布施町長
平生町長 様

申請者 住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

電 話 _____

柳井市、田布施町、平生町の病児・病後児保育事業実施要綱に基づき登録を申し込みます。

この事業の利用料金確定のため、市長（町長）が児童と生計を一にする父及び母（これらの者がいない場合は、生計を一にする児童を監護する者）の所得状況を調査することに同意します。

（1市2町以外に居住の人は、料金一律のため、所得状況の調査は行いません。）

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------|------------------|----------------|
| ふりがな 児童氏名 | 愛称 () | | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 年 月 日生 歳 カ月 |
| 所 属 保育所名 学 校 名 | 保育所・幼稚園 電話 _____ 小学校 | | | | |
| 保護者氏名 (緊急時連絡先に○をつけて下さい。) | 父 | 電話(上記記載以外) (自宅 ・ 携帯) | 勤務先 _____ | | |
| | 母 | 電話(上記記載以外) (自宅 ・ 携帯) | 勤務先 _____ | | |
| 兄弟姉妹 の状況 | 歳 (男・女) | 歳 (男・女) | 歳 (男・女) | | |
| か かり つ け 医 | | | | | |

※柳井市、田布施町、平生町に居住の人は、所得等により、利用料の減免があります。減免制度の対象となる場合、該当となる旨を利用施設に通知し、制度の利用を希望しますか。（いずれかに○をしてください）

(はい ・ いいえ)

| | | | | |
|-------------|--------|---------------|--------|----------|
| 確 認 欄 | (4～7月) | 年 月 日 ～ | 年7月31日 | 該当 _____ |
| | (8～3月) | 年 月 日 ～ | 年3月31日 | 該当 _____ |
| | 1 | 生活保護・住民税非課税世帯 | 1日 | 0円 |
| | 2 | 住民税課税世帯 | 1日 | 2,000円 |
| | 3 | 1市2町以外居住世帯 | 1日 | 2,000円 |