

登録番号	
------	--

病児保育登録申込書

年 月 日

(あて先)周南市長

申請者

住所

(ふりがな)

氏名

電話

周南市病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、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。

ふりがな 児童氏名	愛称 ( )		男 女	生 年 月 日	年 月 日 歳 カ月
所 属 保育所名 学 校名	保育所・幼稚園		電 話		
	小学校		電 話		
保護者氏名 (緊急時連絡先に○を つけて下さい)	父	電話	自宅 携帯	勤務先  電話	
	母	電話	自宅 携帯	勤務先  電話	
兄弟姉妹 の状況	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
かかりつけ医					

※所得等により、利用料の軽減があります。軽減制度の対象となる可能性がありますか。

( はい ・ いいえ )

確 認 欄	年 月 日 ~ 年7月31日まで			
	1 生活保護法による被保護世帯	1日	0円	(半日 0円)
	2 市民税非課税世帯	1日	0円	(半日 0円)
	3 所得税非課税世帯	1日	1,000円	(半日 500円)
	4 所得税課税世帯	1日	2,000円	(半日 1,000円)