

(新規 ・ 変更)

病児保育事業利用登録申請書

年 月 日

申込者

住 所

氏 名

電話番号

(日中つながる連絡先)

病児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

* 利用を希望する施設に○を入れてください。

<input type="checkbox"/>	モコモコ保育室 (八尾徳洲会総合病院)	<input type="checkbox"/>	木村小児科病児保育室
--------------------------	------------------------	--------------------------	------------

利用児童名(フリガナも記入)	生年月日	年齢	性別	通園・通学先
①	年 月 日		男・女	(年生・ 歳児)
②	年 月 日		男・女	(年生・ 歳児)
③	年 月 日		男・女	(年生・ 歳児)

利用が必要な理由

仕事 傷病 その他()

同居の世帯員(上記以外)	氏名(フリガナも記入)	生年月日	性別	職業・勤務先・学校等
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	
		年 月 日	男・女	

* 利用料は、日額利用料と別途飲食費等が必要です

【実施施設 記入欄】

世帯状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯(添付:生活保護受給証明書)
	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 (添付:世帯全員分の住民票・市民税課税証明書)
	<input type="checkbox"/> その他の世帯

【実施施設確認欄】

居住確認	確認印
<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 保険証・医療証	
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他()	

【利用料記載欄】 減免適用 有 ・ 無

	日額利用料	負担利用料		日額利用料	負担利用料		日額利用料	負担利用料
①	<input type="checkbox"/> 2,400		②	<input type="checkbox"/> 2,400		③	<input type="checkbox"/> 2,400	
	<input type="checkbox"/> 2,000			<input type="checkbox"/> 2,000			<input type="checkbox"/> 2,000	
	<input type="checkbox"/> 1,400	円		<input type="checkbox"/> 1,400	円		<input type="checkbox"/> 1,400	円

【期間記載欄】

年 月 日 から 年 月 日 まで	(備考)
-------------------	------