

(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。

	モコモコ保育室 (八尾徳洲会総合病院)		木村小児科病児保育室		病児保育ココニア
--	------------------------	--	------------	--	----------

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	
		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	☐ 生活保護世帯(添付:生活保護受給証明書)
	☐ 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)
	☐ その他の世帯

【実施施設確認欄】

居住確認 ☐ 住民票 ☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード	確認印

【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	☐ 2,400		②	☐ 2,400		③	☐ 2,400	
	☐ 2,000			☐ 2,000			☐ 2,000	
	☐ 1,400	円		☐ 1,400	円		☐ 1,400	円

【期間記載欄】

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