

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		男 女	生 年 月 日	年 月 日生 歳 カ月
愛称 ()				
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 (緊急時連絡先として 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)