

登録番号：

様式第2号（第9条関係）

西和地域病児保育事業利用申込書

年 月 日

平群町長 様

保護者氏名

次のとおり病児保育を利用したいので申し込みます。

また、私は町長が利用料決定のため課税状況を公簿等により確認することに同意します。

なお、利用期間中は病児保育室の指示に従うとともに、子どもの容態が急激に悪化した場合、医療機関での受診・治療・処置を行うことに同意します。

ふりがな			生年月日	年齢	平熱
児童氏名			年 月 日生	歳 ヶ月	℃
利用年月日	年 月 日 ～ 年 月 日				
連絡先	氏名			電話番号	
迎えに来られる方	氏名		続柄	時間	:
利用料世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯				

※裏面に現在の症状等をご記入ください。

.....
※市町村記入欄

利用料世帯区分について確認しました。

年 月 日

(市町村名)

(部署名)

(役職名)

(氏名)

