

大洲市病児保育事業利用申込書

年 月 日

大洲市長 様

申請者 住所  
 (保護者) 氏名  
 電話(自宅)  
 (勤務先)

大洲市病児保育事業の利用を次のとおり申込みます。

市が保有する情報を病児保育事業に必要な範囲で施設に提供すること及び利用料金の決定、登録内容の確認のため、世帯状況に係る公簿の閲覧をすることに同意します。

登録番号 <small>(事前登録している場合)</small>			
ふりがな 児童氏名	生年月日	年 齢	性 別
	年 月 日	満 歳 月	男・女
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日 ( )日間		
保育所等の名称	保育所(園) 幼稚園 小学校 (電話番号 ) <small>※入所又は入園している場合のみ記入</small>		
家庭で育児できない理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他理由( )		
世帯状況	1 生活保護法による被保護世帯 2 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯 3 当該年度の市町村民税非課税世帯 4 上記以外の世帯		

----- (点線からは記入しないでください。) -----

処理欄	<input type="checkbox"/> 1 利用料減免世帯該当	<input type="checkbox"/> 2 利用料減免世帯非該当
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	世帯状況 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	