

南種子町長 殿

年度 南種子町病後児保育事業利用登録申請書

住 所 _____

氏 名 _____

| | | | | |
|--------|-----------------------|-------|------------|------------|
| 利用児童 | (ふりがな) 氏 名 | 性別 | 生年月日 (年齢) | 在園・在校中の名称等 |
| | () | 男・女 | 年 月 日 (歳) | |
| | () | 男・女 | 年 月 日 (歳) | |
| | () | 男・女 | 年 月 日 (歳) | |
| 保護者 | () 氏名 | 緊急連絡先 | | |
| | () 勤務先 | 連絡先 | | |
| | () 氏名 | 緊急連絡先 | | |
| | () 勤務先 | 連絡先 | | |
| 保護者以外 | () 氏名 | 緊急連絡先 | | |
| | () 勤務先 | 連絡先 | | |
| かかりつけ医 | 名 称 (医師名) (電話番号) | | | |

(利用者負担金認定に関する同意書)

私及び私の世帯員の課税資料の閲覧及び写しを取ることに同意します。

同意者氏名 _____

- 注 1 利用者負担金に関して、課税状況が確認できない場合は、証明書(生活保護受給証明等)を提出していただく場合があります。
- 2 この申請書の内容に変更が生じた場合は、改めて申請書を提出してください。
- 3 利用申込は、あらかじめ実施施設に利用の予約を行う必要があります。利用の予約後に、利用申込書及び医師連絡票を実施施設の長に提出してください。

| ※町記載欄 (負担金対象区分) | |
|-----------------|--------|
| (4～6月) | (7～3月) |
| | |