

登録番号

様式第1号（第6条関係）

病児・病後児保育登録申込書

年 月 日

宛て先
※1市2町以外に居住の人は平生町への申込となります

柳井市長
田布施町長
平生町長 様

申請者 住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

電 話 _____

柳井市、田布施町、平生町の病児・病後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、市長（町長）が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。（1市2町以外に居住の人は、料金一律のため、所得状況の調査は行いません。）

ふりがな 児童氏名	愛称 ()		男 ・ 女	生 年 月 日	年 月 日生 歳 カ月
所 属 保育所名 学 校 名	保育所・幼稚園 電話 _____ 小学校				
保護者氏名 (緊急時連絡先に○をつけて下さい。)	父	電話(上記記載以外) (自宅 ・ 携帯)	勤務先 _____ 電話 _____		
	母	電話(上記記載以外) (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)		
か かり つ け 医					

※柳井市、田布施町、平生町に居住の人は、所得等により、利用料の減免があります。減免制度の対象となる場合、該当となる旨を利用施設に通知し、制度の利用を希望しますか。(いずれかに○をしてください)

(はい ・ いいえ)

確 認 欄	(4～7月)	年 月 日 ～	年7月31日	該当 _____
	(8～3月)	年 月 日 ～	年3月31日	該当 _____
	1	生活保護・住民税非課税世帯	1日	0円
	2	住民税課税世帯	1日	2,000円
	3	1市2町以外居住世帯	1日	2,000円