

(様式第3号)

昭和町病児・病後児保育利用申込書

申込日 令和 年 月 日

昭和町長 様

申込者 住所

氏名

昭和町病児・病後児保育事業を保護者の都合(1 仕事 2 傷病 3 事故 4 出産
5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他[]のため利用したいので、
申込みます。

ふりがな 児童氏名		性別	生年月日 (年齢)	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
今回の 病名				
緊急連絡先(電話番号)				
勤務先等			勤務先等	
携帯電話			携帯電話	
本日お迎えに来る方について				※ お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。
氏名	_____	続柄	_____	
お迎えの予定時刻 (時 分頃)				
明日の利用について				
①病状によって利用したい		②病状に関わらず利用しない		
※利用を予定している方は、予約状況をご確認ください。				

費用の保護者負担額の確認

()生活保護世帯に該当する ()市町村民税非課税世帯に該当する

※該当する場合には、()に○をつけてください。

なお、()に○がある場合は、町役場において該当世帯の確認を行いません。

ただし、次の方は町では確認できませんので、証明する書類の提出をお願いします。

・申込日が1～6月の時は前々年、申込日が7～12月の時は前年の1月1日時点において、昭和町以外に住所を有した方