

（表面）

南幌町病児・病後児保育事業（新規・変更）登録申込書

年 月 日

南幌町長 様

申込者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

南幌町病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり（新規・変更）登録を申込みます。

ふりがな		性別	生年月日	年 齢		
児童の氏名		男・女	年 月 日	歳 か月		
同居の家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先	勤務先電話	緊急連絡先
現在利用している施設等について	<input type="checkbox"/> 認可保育所を利用 (施設名: 保育園) <input type="checkbox"/> 認定こども園を利用 (施設名: ) <input type="checkbox"/> 学童保育所を利用 (施設名: 児童会) <input type="checkbox"/> その他 利用していない					
かかりつけの病院	診療科: 科 (病院名: ) 診療科: 科 (病院名: )					
<b>同意書</b> 病児・病後児保育事業の利用に必要な私又は私の世帯に属する者の収入、課税等の状況並びに世帯員の状況等について、公簿等により確認することに同意します。 年 月 日 氏名 _____ 印						

（裏面もご記入願います。）

（町記入欄）※記入しないでください。

※利用者負担額	区 分	利用者負担額		登録番号
		4時間未満	4時間以上	
	生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 0円	<input type="checkbox"/> 0円	
	市町村民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 500円	<input type="checkbox"/> 1,000円	
	上記以外の世帯	<input type="checkbox"/> 1,000円	<input type="checkbox"/> 2,000円	
※給食費等	<input type="checkbox"/> 6か月から未就学	400円	<input type="checkbox"/> 小学生	500円

（裏面）

