

病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

知立市長様

保護者 住 所  
氏 名  
電 話

次のとおり病児・病後児保育の利用を申込みします。

ふりがな 児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生 ( 歳 か月)		
住 所			
世帯の課税の有無 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯又は前年度市町村民税非課税世帯 (保育料 0円) <input type="checkbox"/> 前年分の所得税非課税世帯 (保育料 1,000円) <input type="checkbox"/> 上記以外のもの (保育料 2,000円)			
※ 生活保護世帯又は前年度市町村民税非課税世帯及び前年所得税非課税世帯の方のみ記入 保育料決定のために知立市長が実施する世帯状況・生活保護受給状況・世帯全員の市町村民税及び所得税課税状況の関係機関・部署への照会・調査を行うことを同意します。 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>			
保 護 者 氏 名		電 話	
通園・通学先	施設名	電 話	
緊 急 連 絡 先	勤務先等名	電 話	
	勤務先等名	電 話	
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用希望時間	時 分から 時 分まで		
所 得 区 分			