

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"/> 生活保護世帯又は当該年度市町村民税非課税世帯 (保育料 0円) <input type="checkbox"/> 当該年度の市町村民税所得割の額が48,600円未満の世帯 (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 病児・病後児保育料決定のために知立市長が世帯状況・生活保護受給状況・世帯全員の市町村民税の課税状況等の関係機関・部署への照会・調査を行うことに同意します。 氏名 _____ 印			
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			