

病児保育利用申請書

年 月 日

横手市長 様

申請者(保護者)住所 _____

氏名 _____ 印 (父・母)

携帯電話 _____

病児保育事業を利用したいので、連絡票を添付して次のとおり申請します。

また、病児保育事業の利用に際しては、万一事故が生じても横手市及び施設の故意又は過失による場合を除き、一切異議を申し立てないことを誓約します。

なお、利用料算定に必要なときは、世帯の課税状況等を確認することに同意します。

○ 利用する児童、利用期間等について

児 童 名	(ふりがな)	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日生	
お子さんが今回か かった医療機関		
現在入所してい る保育所等		
利 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
該 当 理 由	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 ()	
利用施設・事業所	伊藤小児科・内科医院 病児保育園「おひさま」	

※ 以下事務処理欄

	年度分市町村民税	利用料決定額	円
課税 状況 等	※ 1～3については、対象児童が市内に住所を有する場合 1 生活保護世帯等又は市町村民税の均等割及び所得割課税額が0円の世帯 日額0円 2 市町村民税均等割のみ又は所得割課税額が48,600円未満の世帯 日額1,000円 3 市町村民税所得割課税額が48,600円以上の世帯 日額2,000円 4 対象児童が市外に住所を有し、市長が特に必要と認めた世帯 日額3,000円		