

様式第4号（第6条関係）

## 檜原市病児保育事業利用申込書

吉川医院 キッズケアルーム様

住所 \_\_\_\_\_  
申請者 \_\_\_\_\_ 印  
電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり檜原市病児保育事業を利用したいので申込みます。

病児保育利用料世帯区分の確認のため、実施施設の長及び檜原市長が、該当事項の確認をするために居住地等の市町村長に照会することに同意します。

（ふりがな） 児 童 氏 名	男・女	申請者との続柄 （ ）
生 年 月 日	年 月 日生	（ 歳児）
所 属	保育所（園）・こども園・幼稚園・小学校	
利 用 する 施 設 名	吉川医院キッズケアルーム	
利 用 する 事 業 名 （該当する事業に <input checked="" type="checkbox"/> ）	<input checked="" type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> 病後児保育	
利 用 日	年 月 日から 年 月 日まで	
今回の病気について	病名(わかっている場合のみご記入ください)	今朝の体温
利 用 料 世 帯 区 分 （該当する事業に <input checked="" type="checkbox"/> ）	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> （ ）年度市町村民税が非課税の世帯 （利用月が4～8月：前年度、利用月が9～3月：現年度） <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯	
緊 急 事 連 絡 先	氏名 電話番号 勤務先名等 勤務先電話番号	児童との続柄
迎 え に 来 ら れ る 方 （保護者と異なる場合）	氏名 住所 電話番号	児童との続柄

### 【利用料世帯区分の確認欄】

上記区分に該当することを確認しました。

年 月 日      \_\_\_\_\_（市町村名）      \_\_\_\_\_（部署名）

\_\_\_\_\_（役職名）      \_\_\_\_\_（氏名）      印