（様式第3号）

昭和町病児・病後児保育利用申込書

申込日　平成　年　月　日

昭和町長　様

申込者　住所

氏名

昭和町病児・病後児保育事業を保護者の都合（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〔　　〕のため利用したいので、申込みます。

ふりがな 児童氏名		性別	生年月日 （年齢）	年　月　日 （　歳　か月）
今回の 病　名				
緊急連絡先（電話番号） 勤務先等 携帯電話			勤務先等 携帯電話	
本日お迎えに来る方について 氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄　＿＿＿＿ お迎えの予定時刻　（　時　分頃）				※ お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。
明日の利用について ①病状によって利用したい　　②病状に関わらず利用しない ※利用を予定している方は、予約状況をご確認ください。				

費用の保護者負担額の確認

（　）生活保護世帯に該当する　　（　）前年度市民税非課税世帯に該当する
（　）前年度所得税非課税世帯に該当する

※該当する場合には、（　）に〇をつけてください。

なお、（　）に〇がある場合は、町役場において該当世帯の確認を行ないます。

ただし、**次の方は**町では確認できませんので、**証明する書類の提出**をお願いします。

・申込日が1～6月の時は前々年、申込日が7～12月の時は前年の1月1日時点において、昭和町以外に住所を有した方