様式第３号（第５条関係）

病後児保育利用申込書

年　　月　　日

奥州市長　宛

申込者　住　　所

氏　　名

電話番号

病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

なお、病後児保育事業に要する費用の決定に必要な課税状況を、関係機関に照会することについて、承諾します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な利用児童氏名 | 生年月日 | 満年齢 | 平常の健康状態 |
| (男・女) | 年　 月　 日 |  | １　良２　発育上心配な事項(　 　　　　　　　　　　) |
| 施設等の利用状況 | １　保育所等(施設名　　 　　　　　)２　家庭３ その他(　　　　　　　) | 現在の健康状態 |
| １　病名( 　　　　　　　　　　　)２　現在の症状 |
| 利用を希望する理由 |  |
| 利用希望日(期間) | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 希望保育時間 | 時　　分から　　　　時　　分まで |

※保育所等利用児童の場合は、以下の欄は記入不要

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童以外の家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 性別 | 勤務先(電話番号) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 生活保護等の受給状況 | 有 ・ 無 |
| 市町村民税課税状況 | 均等割のみ ・ 所得割あり |