

真庭市病児保育事業登録申請書

年 月 日

真庭市長 様

申請者(保護者)

住 所 真庭市

氏 名

連 絡 先

真庭市病児保育事業実施規程第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、保護者負担の額を確定するため、住民基本台帳調査及び申請者(保護者)、利用児童及び世帯員の生活保護受給状況の調査を行うことに同意します。

児童氏名(ふりがな)	生 年 月 日	園・小学校名	
()	年 月 日生 (満 歳)		
※小学校就学前の児童で、認定こども園等を利用していない方は記入。 「保育の必要性の認定」の有無 (有 ・ 無)			
児童の世帯状況			
続柄	氏 名	生 年 月 日	勤務先及び電話番号
父			
母			
認定欄(記入不要です。)			
対 象 者		保護者負担の額	登録番号
生活保護世帯 ・ その他の世帯		円	

注意事項

- 登録申請は、健康福祉部子育て支援課及び各振興局、病児保育事業実施施設において受け付けます。
- 病児保育事業の保護者負担の額は、次のとおりです。
 - 生活保護法の規定による被保護者世帯 0円
 - その他の世帯 児童1人1日につき 2,000円