

病後児保育事業利用申込書

年 月 日

柏崎市長 様

保護者住所

保護者負担額算定のために必要な場合、柏崎市が世帯情報について調査することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(電話 \_\_\_\_\_ )

生活保護世帯の方は、左の□にチェックを記載してください。

柏崎市病後児保育事業実施規則第8条第2項の規定により、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 対象乳幼児氏名	生年月日： 年 月 日 ( 歳)		
通園・通学校名	保育園 幼稚園 小学校		
緊急連絡先	続柄 ( ) 氏名	勤務先 TEL	
	続柄 ( ) 氏名	勤務先 TEL	
保育を希望する 期日及び時間	期 日	年 月 日から	年 月 日まで
	時 間	時 分から	時 分まで

※ 実施施設処理欄 病名 (番号)

実際に利用した期間		負担金額	施設確認印
月 日	時 分から 時 分まで ( 時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで ( 時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで ( 時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで ( 時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで ( 時間 分)	円	

※ 保育課処理欄

決	課長	係長	係
裁			