

様式第2（第7条関係）

※	登録番号
---	------

病後児保育事業利用・期間変更申込書

高 浜 市 長 殿

保護者 住 所

氏 名

印

利用申込欄


病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。なお、利用決定に関して世帯員の課税資料を閲覧することに同意します。

年 月 日

ふりがな 児童氏名		男・女	年 月 日生 歳 ヶ月
保険証番号		電 話 番 号	
所 属 等	_____保育園_____幼稚園_____小学校 その他（ ）		
利用料区分	A 市民税非課税世帯 B 市民税課税世帯 C 所得税課税世帯		
	氏 名	生年月日	年 齢 性 別 続 柄 職 業 又 は 学 校 ・ 学 年
児 童 の 世 帯 員		年 月 日	男 父
		年 月 日	女 母
		年 月 日	男・女
		年 月 日	男・女
		年 月 日	男・女
		年 月 日	男・女
利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		

期間変更申込欄


期間について、次のとおり変更を申し込みます。

年 月 日

ふりがな 児童氏名		男・女	年 月 日生 歳 ヶ月
利用承諾期間	年 月 日から 年 月 日まで		
変更希望利用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
変 更 の 理 由			

※	A 市民税非課税世帯
	B 市民税課税世帯
	C 所得税課税世帯

※の記入はしないでください