津南町病児保育事業利用申込書

施　設　長　　様
津南町病児保育事業の利用を申込みます

※記入不要 登録番号		記入日　　令和　　年　　月　　日

ふりがな 児童氏名	 生年月日　平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）	男 ・ 女
通園・ 小学校名	保　育　園 小　学　校　／　在　宅	
保護者氏名	㊞	
住　　所	（〒　　－　　）　　（町名　　　　） 電話（　　）　－	
保護者 連絡先	氏　名（　　　　）続　柄（　　） 勤務先（　　　　）電　話（　　）　－	
利用施設名		
利用期日	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日	
利用時間	午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分	
利用について	①　緊急時の診察の承諾について　（　承諾します　・　承諾しません　） ②　急性期のお子さんの利用もあります（感染症も含む）二次感染の可能性もあることをご理解ください　（　はい　・　いいえ　） ③　利用料の減免申請について　（　申請します　・　申請しません　） 署名（　　　　　　　）	

※以下の欄は、該当する世帯の方のみご記入ください

津南町病児保育事業利用料減免申請書

令和　　年　　月　　日

津　南　町　長　　様

津南町病児保育事業の利用にあたり、利用料の減免をお願いします。
なお、利用料の減免確認のため、わたくしの世帯の課税資料を閲覧することを承諾します。

住　　所	
保護者氏名	㊞
利用児童氏名	
減免理由	□　生活保護世帯 □　前年所得税非課税及び前年度町民税非課税世帯 □　前年所得税非課税世帯