

園長印

## 病児・病後児保育（病後児対応型）事業利用申請書

平成 年 月 日

あきた保育園園長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名 印  
電 話 自 宅  
連絡先

病児・病後児保育(病後児対応型)事業を利用したいので、次のとおり申請します。  
なお、利用料算定に必要なときには、保護者の所得、課税状況および世帯の状況について秋田市に照会することを承諾します。

保 育 所 名	保育所(園)		承諾番号	
児 童 名	男・女	生年月日	平成 年 月 日	
利 用 期 間	平成 年 月 日 ( ) ~平成 年 月 日 ( )			
利 用 施 設	あきた保育園			
症 状				
利 用 料 金 減 免 事 項 ※該当する項目 に <input type="checkbox"/> 印して ください。	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯である。 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯でかつ当該年度の <b>市民税</b> が非課税である。		全額免除	
	<input type="checkbox"/> 両親とも前年分 <b>所得税</b> が非課税である。		半額免除	

※ 太枠の中を記入してください。

- 注意事項 1 申請にあたっては、連絡票を添付してください。
- 注意事項 2 利用料金の減免事項に該当する場合は、該当する旨の書類等の提示が必要な場合があります。
- 注意事項 3 お預かりする児童の症状によっては、他の児童への感染を防ぐため、おことわりする場合がありますのでご了承ください。