

別 記

様式第 1 号(第 7 条関係)

彦根市病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

彦根市長 様

住 所			
ふりがな			
保護者 氏 名	⑩		
世帯区分	1 生活保護世帯(利用助成金の交付申請、請求および受領に関する一切の権限を実施施設の長に委任し、当該助成金の受領をもって利用料の支払とみなすことに同意します。) 2 1以外の世帯 ※1または2のいずれか該当する番号を○で囲んでください。		
連絡先	自宅	( )	—
	携帯	( )	—

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用 児 童	氏名	性別	生年月日	園または学校名
	(ふりがな)	男・女	年 月 日	
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
利用希望時間	時 分 ~ 時 分			
利用申込理由				

同意書

病児・病後児保育を利用するに当たり、次のことについて同意します。

- 1 利用料助成のため、私および私の世帯に属する者の生活保護受給状況、住民登録状況および課税状況について、官公署等に調査すること。
- 2 本事業の実施に必要な情報を実施施設に提供すること。
- 3 利用期間中は実施施設の長の指示に従うとともに、体調の変化によっては病児・病後児保育を中止し、必要に応じて医療機関において医療を施すこと。

彦根市長 様

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

実施施設 使用欄	領収金額	領収日	領収印
	円	年 月 日	
	円	年 月 日	
	円	年 月 日	