

様式第 1 号（第 7 条関係）

病児デイケア利用登録申請書

年 月 日

おおい町長 様

保護者 住所

氏名

TEL

おおい町病児デイケア事業実施要綱に基づく保育を利用したいので、同要綱第 7 条第 1 項の規定により登録を申し込みます。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日 平成 年 月 日 歳（ 子）
所 属	園 小 学 校	年	
連絡・留意事項	（持病、アレルギー等、気を付けなければならないことを記入）		
保護者氏名	（ 1 ）	勤務先名 （TEL ）	
	（ 2 ）	勤務先名 （TEL ）	
家族の状況 ・生活保護の適用の有無 ☐ 適用無し ☐ 適用有り（ 保護開始） ・住民税の課税・非課税 ☐ 課税 ☐ 非課税 ・世帯構成 ☐ ひとり親世帯 ☐ 左記以外 （ひとり親世帯の方は、次の 2 項目についても確認の上、以下の同意欄にご署名ください） ・児童扶養手当の受給の有無 ☐ 受給無し ☐ 受給有り（受給者証の提示をお願いします） ・ひとり親家庭医療費助成受給の有無 ☐ 受給無し ☐ 受給有り（受給者証の提示をお願いします） ・多胎児 ☐ 該当 ☐ 非該当			
☐ 市町村が登録申請に必要な市町村民税の情報及び世帯情報を閲覧することに同意します。 ☐ 広域利用先の市町および実施施設に登録票の写しを提供することに同意します。 保護者氏名			