

病児保育利用（同意）申込書

令和 年 月 日

独立行政法人
地域医療機能推進機構
秋田病院 病院長 様

住 所 _____

保護者氏名 _____ 印 (押印または自書)
連絡先 電話番号① _____
電話番号② _____

病児保育事業の利用について、関係書類を添えて次のとおり申し込みます。

【能代市山本郡在住の方】 利用要件の確認及び利用料の決定のため、私及び私の世帯に関する住民情報及び課税状況を住所地の市町村に照会することを承諾します。また、住所地の市町村が私及び私の世帯に関する住民基本台帳及び課税資料等を閲覧することを承諾します。

ふりがな 児童氏名 _____ (男・女) 生年月日 平成 年 月 日	
保育等の状況	1 保育所 [保育所 (園)] 2 幼稚園・認定こども園 [園] 3 小学校 [小学校] 4 家庭 5 その他 []
普段の健康状態	1 良 2 心配なこと []
お子さんの現在の健康状態	[]
希望利用期間	1. 午前8時から午後6時まで (土曜日は午前8時から午後5時まで) 2. 午前8時から午後1時まで 3. 午後1時から午後6時まで
希望する理由	1. 勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他 []
世帯状況 (能代市山本郡の方)	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯又は市町村民税非課税世帯 (利用料金 0円) <input type="checkbox"/> ②市町村民税均等割のみ課税世帯 (利用料金 千円) <input type="checkbox"/> ③市町村民税所得割課税世帯 (利用料金 2千円) ◆上記の該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を付けて、下記の注意書きに従って手続きをすすめて下さい。

【ご注意】

◎料金決定のための提出書類は一切ありません。

◎ただし、下記の場合は、市町村民税額を証明する書類を提出してください。

対象者		提出書類
4～8月利用	利用年の前年1月1日に住所のない方	利用年の前年度の所得課税証明書
9～3月利用	利用年の1月1日住所のない方	利用年度の所得課税証明書

※市町村民税が分かる証明書の添付が無い場合は原則利用料金は2千円になりますが、窓口支払後でも確認できた時点で減額対象となります。

※確認欄	利用料金の区分 _____ 円
------	-----------------

※確認欄は記入しないでください。

※申し込みの際は、母子健康手帳及び健康保険被保険者証を必ず持参してください。