

病後児保育利用申請書

中津市長 奥塚 正典 あて

年 月 日

(ふりがな) 保護者氏名	印	保護者住所	〒 ー 中津市	
保護者 連絡先等	勤務先等 Tel ー()ー	病後児保育 利用希望日	年 月 日 ～ 年 月 日(日間)	
(ふりがな) 乳幼児氏名		乳幼児 生年月日	(歳 月) 年 月 日	男 女
通所 (園) 通学 場所	(公立・認可・認可外)		ア) 小学校 年生	
	1. 保育所(園) 認定こども園	[]	2. その他 イ) 幼稚園 ウ) 家庭監護	
利用事由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭等 6. その他()			
利用料 軽減の 有・無	生活保護世帯に該当	する ・ しない		
	市民税非課税世帯に該当	する ・ しない		
アレルギーの有無	有・無	アレルギー食品	卵・大豆・牛乳・その他()	

※ 施設利用料決定のため、中津市が保有する保護者及び同一世帯に属する家族の税務資料の閲覧に同意します。

(医療機関記入欄)

病名		初診日	年 月 日	
現状		病後児保育の可否	可・否	
指示事項				
上記のとおり診断します。				
	医療機関所在地			
	医療機関名			
年 月 日	医師名			印

※ 診断に係る費用は申請者の負担とすること。

(実施施設長承諾欄)

申請者 殿
下記のとおり当施設への入所を承諾します。
入所期間 年 月 日 ～ 年 月 日
年 月 日 実施施設名 ども傷病健康デイ・ケアセンター恵保園
施設長 守谷 浩 印

※ 申請者、医療機関及び実施施設の印がない場合は、無効です。

利用料 処理欄	区分			実利用 日数	利用料	円	徴収済日 年 月 日
	一般	市民税 非課税	生活保護		給食費	円	
				合計	円	担当者	印