

病児保育事業利用申込書

年 月 日

柏崎市長 様

保護者住所 _____

保護者負担額算定のために必要な場合、柏崎市が世帯情報について調査をすることに同意します。

氏 名 _____

(電話 _____)

生活保護世帯の方は、左の口にチェックを記載してください。

柏崎市病児保育事業実施規則第8条第2項の規定により、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 対象乳幼児氏名	生年月日： 年 月 日 (歳)		
通園・通学校名	保育園 幼稚園 小学校		
緊急連絡先	続柄 () 氏名	勤務先 TEL	
	続柄 () 氏名	勤務先 TEL	
保育を希望する 期日及び時間	期 日	年 月 日から	年 月 日まで
	時 間	時 分から	時 分まで

※ 実施施設処理欄 病名 (番号) _____

実際に利用した期間		負担金額	施設確認印
月 日	時 分から 時 分まで (時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで (時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで (時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで (時間 分)	円	
月 日	時 分から 時 分まで (時間 分)	円	

※ 保育課処理欄

決 裁	課長	係長	係