

滝川市病後児保育事業登録申込書

年 月 日

滝川市長及び新十津川町長 様

申込者 住所  
 (保護者) 氏名 ㊟  
 児童との続柄：  
 電話番号

滝川市病後児保育事業実施要綱第11条第1項の規定により、次のとおり申し込みます。

フリガナ 児童氏名	生年月日		年 月 日生 ( 歳 か月)			
	性 別		男 ・ 女			
入所している 保 育 所 名	保 育 所					
申 込 者 及 び 同 居 の 家 族	氏 名	続柄	生年月日	勤務先	勤務先住所	勤務先TEL
		本人				
同意書						
病後児保育事業の利用に必要な私又は私の世帯に属する者の収入、課税等の状況、納税の状況、世帯員の状況等について、公簿等により確認されることに同意します。						
年 月 日			氏 名 ㊟			

(町記入欄) ※記入しないでください。

※ 保 育 料	区 分	1 日	5 時間以内
	<input type="checkbox"/> 第1階層・第2階層	<input type="checkbox"/> 0円	<input type="checkbox"/> 0円
	<input type="checkbox"/> 第3階層～第5階層	<input type="checkbox"/> 1,000円	<input type="checkbox"/> 500円
	<input type="checkbox"/> 第6階層～第13階層	<input type="checkbox"/> 2,000円	<input type="checkbox"/> 1,000円