

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

病児保育実施施設長 様

申請者氏名

(対象児童との続柄:)

住 所

電 話

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

利用施設名	片山キッズクリニック 病児保育室プエリ		
フリガナ			
対象児童氏名	生年月日		年 月 日 (歳 ヶ月)
フリガナ			
保護者氏名	勤務先	☎	
病 名			
家庭で育児できない理由	勤務・冠婚葬祭・出産・病気・その他()		
利用予定期間	令和 年 月 日 () ~ 月 日 () 日間		
児童の健康状態及び注意事項			
○食事について(食事制限の有無)			
○その他(体質、くせ又は障害など心配なこと、配慮してほしいこと)			
利用料の減免について			
私は次の世帯に該当するため、利用料の減免を申請します。			
<input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯			
<input type="checkbox"/> 所得税非課税世帯			
※該当する場合には、本申請書の他に「様式5号 利用料減免申請書」に必要な書類を添付して提出してください。			
特定子ども・子育て支援提供証明書及び領収証(幼児教育・保育の無償化関係)の発行について			
① <input type="checkbox"/> 要 (<input type="checkbox"/> 第2号 <input type="checkbox"/> 第3号) <input type="checkbox"/> 不要			
※発行が必要な場合は認定種別の該当する□にレを記入してください。			
②要の場合は、認定保護者の氏名及び続柄を記入してください。			
フリガナ		認定子どもとの続柄:	
氏 名 :			
(実施施設記入欄)			
神戸市病児保育事業の利用を 1 許可する 2 許可しない			
※不許可の場合は理由を記入してください。			
		施設名 片山キッズクリニック 病児保育室プエリ	
		施設長名 片山 啓	