別記第１号様式（第４条関係）

垂水市病児・病後児保育事業利用助成金登録申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | フリガナ | |  | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | 明治・大正・昭和・平成  年　　月　　日 | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 男・女 | |
| 住所 | | 垂水市 | | | | | | | | | | | 振興会 |  | |
| 登録する児童 | | フリガナ | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | | | 年齢 | 入所中の　保育所名等 | |
| 氏　　　名 | | | | | | |
|  | | | | | | | 男・女 | | 平成　　　年  　月　　日 | | | |  |  | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | 男・女 | | 平成　　　年  　月　　日 | | | |  |  | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | 男・女 | | 平成　　　年  　月　　日 | | | |  |  | |
|  | | | | | | |
| 保護者の状況 | | フリガナ | | | | | | 年齢 | 性別 | | 続柄 | | 勤務先名称等  （電話番号） | | | | 緊急連絡先  携帯電話 |
| 氏　　　名 | | | | | |
|  | | | | | |  | 男・女 | |  | | (　　　　　　　) | | | |  |
|  | | | | | |
|  | | | | | |  | 男・女 | |  | | (　　　　　　　) | | | |  |
|  | | | | | |
| かかりつけ医 | | | 名称 | |  | | | | | 所在地 | |  | | | | | |
| 医師名 | |  | | | | | 電話番号 | |  | | | | | |
| 振込先　金融機関 | | | 銀行名 | | | | 支店 | | | 口座種別 | | | | 口座番号 | | | |
|  | | | |  | | |  | | | |  | | | |
| ※市記載欄 | 所得階層区分 | | | | | １．生活保護世帯、２．市民税非課税世帯、３．市民税課税世帯、４．所得税課税世帯 | | | | | | | | | | | |
| １日の利用に　対する助成額 | | | | | 円 | | | | | | | | | | | |

　　上記のとおり、垂水市病児・病後児保育事業利用助成金の利用を申請します。

　　　また、所得階層区分の決定にあたっては、私及び私の世帯員の市税務課の課税台帳で確認

　　することに同意します。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　垂　水　市　長　　殿　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　注）※印欄は記載する必要はありません。