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。