

奄美市長 様

奄美市病児・病後児保育事業利用登録申請書

記入者氏名

住所	(〒 -) 奄美市		連絡先	(電話番号) (FAX)
利用児童	氏名 <small>ふりがな</small>	性別	生年月日(年齢)	入所中の保育所名等
		男・女	年 月 日(歳)	
		男・女	年 月 日(歳)	
		男・女	年 月 日(歳)	
保護者等(続柄)	(父)	氏名 (歳)	緊急連絡先	携帯電話等 ()
		勤務先等	連絡先	電話番号 ()
	(母)	氏名 (歳)	緊急連絡先	携帯電話等 ()
		勤務先等	連絡先	電話番号 ()
	()	氏名 (歳)	緊急連絡先	携帯電話等 ()
		勤務先等	連絡先	電話番号 ()
かかりつけ医	名称 (医師名) (電話番号)			

(利用者負担金に関する申し出)

利用者負担金については、次の区分に該当しますので、申し出ます。
 なお、私及び私の世帯員の課税資料の閲覧及び写しを取ることに同意します。
 A 生活保護世帯 B 市民税非課税世帯 C A及びDの区分を除く市民税課税世帯
 D 市民税所得割額[48,600円以上]課税世帯

申出者氏名

(*市記載欄)

登録期間	利用者負担金区分	1日の利用者負担金
令和 年 月 日～令和 年 月 日		円
令和 年 月 日～令和 年 月 日		円

注 1 □欄については、該当項目にレ印を記入してください。

2 利用者負担金に関する申出者は、申出の内容の証明書(生活保護の受給証明又は税額を証明するもの)を提出してください。

3 この申請書の内容に変更が生じた場合は、あらためて申請書を提出してください。

4 事業の利用申し込みは、あらかじめ実施施設に利用の予約を行う必要があります。利用の予約後に「病児保育登録および利用者負担金決定通知書」とかかりつけ医が発行する医師連絡票を添えて実施施設の長に提出してください。