

様式第 1 号（第 7 条関係）

病児デイケア利用登録申請書

年 月 日

おおい町長 様

保護者
住所
氏名 ④
TEL

おおい町病児デイケア事業実施要綱に基づく保育を利用したいので、同要綱第 7 条第 1 項の規定により登録を申し込みます。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	年	月	日
所 属	園 小 学 校			年		
連絡・留意事項	(持病、アレルギー等、気を付けなければならないことを記入)					
保護者氏名	(1)	勤務先名 (TEL)				
	(2)	勤務先名 (TEL)				
家族の状況 ・生活保護の適用の有無 <input type="checkbox"/> 適用無し <input type="checkbox"/> 適用有り (保護開始) ・住民税の課税・非課税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 ・世帯構成 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外 (ひとり親世帯の方は、次の 2 項目についても確認の上、以下の同意欄にご署名ください) ・児童扶養手当の受給の有無 <input type="checkbox"/> 受給無し <input type="checkbox"/> 受給有り (受給者証の提示をお願いします) ・ひとり親家庭医療費助成受給の有無 <input type="checkbox"/> 受給無し <input type="checkbox"/> 受給有り (受給者証の提示をお願いします) ・多胎児 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当						
<input type="checkbox"/> 市町村が登録申請に必要な市町村民税の情報及び世帯情報を閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 広域利用先の市町および実施施設に登録票の写しを提供することに同意します。						
						保護者氏名 ④

様式第3号（第7条関係）

病児デイケア利用申請書

年 月 日

おおい町長 様

保護者

住所

氏名

印

TEL

おおい町病児デイケア事業実施要綱に基づく保育を利用したいので、同要綱第7条第4項の規定により申請します。

ふりがな 児童氏名		男 女	生年月日	年	月	日	歳（子）
利用日				年	月	日	月 日 月 日 月 日
利用を希望する理由	1 就労 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他（ ）						
健康状態について	病名（分かっている場合にのみ○をつけてください） 日常にかかる病気 （ 風邪 ・ 消化不良症 ・ 嘔吐下痢症 ） 感染する病気 （ はしか ・ 水ぼうそう ・ 風疹 ・ インフルエンザ ） その他の病気等 （ 喘息 ・ 骨折 ・ その他（ ））						
連絡・留意事項	（持病、アレルギー等、気を付けなければならないことを記入）						

