様式第１号（第１４条関係）

病児保育事業登録(変更）申請書

令和　　年　　月　　日

庄内町長　　宛

（保護者）　住　所

氏　名

電話番号

フリガナ 児童氏名	男 女	生年月日 年　　月　　日生(　　歳　　箇月)

現在の保育状況	1　保育所・認定こども園・幼稚園・小学校等(施設名：　　) 2　その他

世帯員の状況	氏　　名	続柄	生年月日	勤　務　先	電話番号
			.　.		
			.　.		
			.　.		
			.　.		
			.　.		
			.　.		
			.　.		

緊急連絡先	1　氏名　　（続柄）　　電話番号
	2　氏名　　（続柄）　　電話番号
家庭医	医療機関名 （医師名：　　）

（注）生活保護世帯等及び市町村民税所得割課税額 48,600 円未満に該当する場合は、以下をご記入下さい。

個人情報の提供にあたっての署名欄

1　生活保保護世帯又は市町村民税課税世帯（市町村民税所得割非課税世帯を含む。）

2　市町村民税所得割合算税額48,600円未満

庄内町が上記の費用の負担の確認に必要な町民税の情報を閲覧することに同意します。

保護者氏名

（注）基準となる1月1日において庄内町に住所がない方は、前住所地の課税証明書の提出が必要です。