

様式第1号（第14条関係）

病児保育事業登録（変更）申請書

庄内町長宛

（保護者）住所
氏名
電話

年 月 日

フリガナ 児童氏名	男 女	生年月日 年 月 日（ 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
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
			・ ・		
緊急連絡先	1 氏名 （続柄） 電話				
	2 氏名 （続柄） 電話				
かかりつけ 医	医療機関名 （医師名： ）				
利用世帯の 区分	1 生活保護世帯又は市町村民税所得割非課税世帯 2 市町村民税所得割合算額 48,600 円未満世帯 3 市町村民税所得割合算額 48,600 円以上世帯				

（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。

同 意 書	
利用世帯の区分を確認するため、庄内町が私及び私の世帯員の住民税課税情報を閲覧することに同意します。	
年 月 日	
保護者	住所 氏名 生年月日 年 月 日