

第1号様式（第8条関係）

浜松市病児・病後児保育事業利用登録申請書兼費用免除申請書

ふりがな 登録児童氏名	生年月日 年 月 日	4月1日現在の年齢 歳	
かかりつけ医療機関			
病院・診療所名	TEL	- -	
主治医名	TEL	- -	
自宅及び緊急連絡先			
ふりがな 氏名	児童との 続柄	自宅電話番号	緊急連絡先及び電話番号
第1連絡者		TEL -	TEL - -
第2連絡者		TEL -	TEL - -
第3連絡者		TEL -	TEL - -
兄弟姉妹が既に当事業の利用登録をしている場合に記入してください。			
氏名	4月1日現在の年齢	利用施設名	
氏名	4月1日現在の年齢	利用施設名	
上記のとおり平成 年度の浜松市病児・病後児保育事業の利用登録を申請します。			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>下記の理由により浜松市病児・病後児保育事業の平成 年度の利用に係る費用の免除申請をします。 （該当する項目に○をつけてください。）</p> <p>1 生活保護受給世帯 2 前年度分の市町村民税非課税の世帯</p> </div>			
（あて先）浜松市長			
平成 年 月 日			
申請者	〒	-	
住所	_____		
氏名	_____		

費用の免除を受けたい場合、市長が指定する住民税非課税証明書を提出していただくことがあります。