

高知市病児保育事業登録申請書

令和 年 月 日

高知市長様

病児保育事業の利用登録を申請します。申請にあたっては、次のことについて承諾します。

- 1 利用者負担額の決定にあたり、世帯員の課税状況等について、子ども育成課長が確認すること。
- 2 本申請をもって病児保育事業「病児対応型・病後児対応型」「病後児対応型」実施施設全てに登録することとし、申請書記載の個人情報が提供されること。
- 3 この申請書を事業実施施設で利用すること。

〒  
申請者 住所： 高知市  
(保護者)

氏名： \_\_\_\_\_

連絡先電話番号： \_\_\_\_\_

フリガナ			生年月日	平成	年	月	日
児童氏名			(学年)	令和			(小学校 年生)
		※登録申請日における学年をご記入ください					
通園（通学）中の 保育園・小学校等	(保育園・幼稚園・小学校・託児所)						
一時保育を利用 する保育園	保育園 (仕事の都合等で一時保育を利用している場合で、利用予定日に限り病児保育の利用ができます。)						
家族の状況 (同一生計の方を 全員記入)	続柄	氏名	勤務先または 通園・通学先名称	勤務先電話番号 (勤務先固定電話・社用携帯・ 私用携帯のいずれかで勤務中 に連絡可能な番号を記入)	R6.1.1の住所 が市外の方 は○を記入		

※令和6年1月1日の住所が高知市外の方は、利用者負担額の決定にあたり、前住所地での課税（非課税）証明書の提出をお願いします。

※施設記入欄

利用者負担額	【令和6年7月～令和7年6月分】	※小学校3年生の児童 【令和6年7月～令和7年3月分】
	2,000円 ・ 1,000円 ・ 0円 (確認日；令和 年 月 日)	2,000円 ・ 1,000円 ・ 0円 (確認日；令和 年 月 日)