

(第5号様式)

保護者記入

令和 年 月 日記入

横浜市病児・病後児保育事業利用申込書

病児・病後児保育事業実施機関名 病児保育室
サンクリキッズ 申込者名

- 1 次のとおり、横浜市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。
2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。
3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施機関が利用を不相当と認めた時は、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

Table with 3 columns: 保護者氏名, 続柄, 緊急連絡先. Includes fields for mobile phone and address for two guardians.

Table with 3 columns: 児童氏名, 性別, 生年月日. Includes fields for residence, medical facilities, doctor, and medical history.

○利用料（給食費等の実費除く）：1人1日2,000円

※横浜市在住の生活保護世帯、市民税非課税世帯及び寡婦（夫）控除のみなし適用により市民税非課税相当と認められた世帯（一時保育等、保育料の場合に限る。）：全額減免

（「非課税証明書」、「寡婦（夫）控除のみなし適用通知書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください）