

(宛先) 高松市長

申込者（保護者） 住所
氏名
電話番号

高松市病児保育事業利用申込書

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

通所（通園・通学）中の保育所 （幼稚園・こども園・小学校）名		
ふりがな		男
児童氏名		女
生年月日（年齢）	年 月 日生（満 歳）	
緊急連絡先	1氏名	続柄 TEL
	2氏名	続柄 TEL
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日	
利用希望施設		
症状（病名）		
現在通院している医療機関名		
児童を看護できない理由	勤務の都合 傷病 事故 出産 冠婚葬祭 その他（ ）	

利用料免除申請について（該当する場合は☑し、同意書にご記入ください。）

☐ 免除を申請する	申請理由	<input type="checkbox"/> 世帯員全員が、生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する被保護者に該当する。
		<input type="checkbox"/> 世帯員全員が、市町村民税（住民税）が課税されていない。
【同意書】 以下の留意事項を了承し、関係機関及び公簿等により、私と私の世帯員の申請内容を確認することに同意します。 <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>		
【留意事項】 ①住民税均等割りが課税されている場合は、対象外です。 ②世帯員のうち、1人でも課税されている場合は、対象外です。 ③前年に所得が無かった場合でも、市町村民税の申告が必要です。 ④当該年度の市町村民税の課税状況が判明し、対象外となった場合には、遡って利用料をお支払いいただきます。 ⑤対象であるが利用料を支払った場合は、償還の請求をすることができます。 ⑥当該年1月1日現在、高松市外に住民登録されていた方は、課税状況が確認できませんので、世帯員全員の市町村民税課税証明書の提出が必要です。		

以下については、記入の必要はありません。

登録番号		医師記入欄	
------	--	-------	--