

病児保育事業利用申込書

年 月 日

医療法人 糸洲医院 様
(病児保育施設 MONTAMIA モンタミア)申込者 住 所
氏 名
緊急連絡先(携帯)
緊急連絡先(勤務先) 印

病児保育事業を利用したいので、次のとおり同意をし、申し込みます。

- 1 病児保育事業（以下、本事業という。）の利用中は、貴施設の指示に従います。
- 2 利用者の現在の状況は、本申込書の内容で相違ありません。
- 3 貴施設が必要と認めた場合、本事業利用中に診療を受けることを承諾します（要診療費）。
- 4 児童の状態が変化する等し、本事業での対応が困難又は事業利用が不相当と認められるときは、本事業の利用を直ちに中止し、速やかに迎えに行きます。
- 5 施設が、本事業の実施に必要な範囲において、所得状況等の情報について、行政機関に照会することに承諾します。

児童名	ふりがな	男・女	平成・令和
	(愛称)		年 月 日生
児童住所	〒		
保護者の情報	保護者（父）（氏名：） (下記に該当する場合は○を付けて下さい) 生活保護受給 ・ 非課税(※)	保護者（母）（氏名：） (下記に該当する場合は○を付けて下さい) 生活保護受給 ・ 非課税(※)	
利用日の当年 1月1日の住所	保護者（父） <input type="checkbox"/> 岡崎市 <input type="checkbox"/> 岡崎市外・・・都道府県・市町村名を記載 ()	保護者（母） <input type="checkbox"/> 岡崎市 <input type="checkbox"/> 岡崎市外・・・都道府県・市町村名を記載 ()	
利用日の前年 1月1日の住所	保護者（父） <input type="checkbox"/> 岡崎市 <input type="checkbox"/> 岡崎市外・・・都道府県・市町村名を記載 ()	保護者（母） <input type="checkbox"/> 岡崎市 <input type="checkbox"/> 岡崎市外・・・都道府県・市町村名を記載 ()	
通園施設	保育園・幼稚園 歳児 認可外保育園・小学校 年生	児童送迎者 時 分 父・母・祖父・祖母・その他()	
利用事由	(該当するものに○を付けてください) 1 仕事 2 その他 傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他()		
利用履歴	過去、MON TAMIA モン タミアで病児保育事業を利用したことが ある ない		
利用予定期間 (予約確定ではありません)	令和 年 月 日～ 月 日 (日間)		
	月 日 : ~ :	月 日 : ~ :	
	月 日 : ~ :	月 日 : ~ :	
注意事項	※ お子さんのことで注意することがあれば記入してください。		

※ 利用月が1～8月の場合、利用月の属する年の前年1月1日に岡崎市外に住所のあった方は、住所のあった市区町村で非課税証明書を取得してください（父及び母）。

利用月が9～12月の場合、利用月の属する年の1月1日に岡崎市外に住所のあった方は、住所のあった市区町村で非課税証明書を取得してください（父及び母）。