

京都市病後児保育事業利用申請書

(あて先) 京都市長 実施施設の長様	利用日 年 月 日 ～ 年 月 日
申請者住所 申請者名 印 (記名または氏名)	電話 — 緊急連絡先 — (保育中必ず連絡の取れる番号を記入してください)

下記のとおり、京都市病後児保育事業を利用したいので申請します。

対象児童氏名	生年月日 年 月 日 (男・女) 申請者との続柄 ( )		
所属保育所・幼稚園等	今月何回目の利用ですか	初めて・( ) 回目	
児童の状況 ・症状 (できるだけ詳しく経過をご記入ください) ( ) ・医師には (受診済み・未受診) ・薬を飲んで (いる・いない) (薬の名: ) ・朝食は (食べた・食べていない) ・昨夜の睡眠時間は (約 時間)			
利用者区分 (下記に該当する方は証明書類を提出してください。減免の制度があります) 生活保護受給世帯 (該当・非該当) 市民税非課税世帯 (該当・非該当) 所得税非課税世帯 (該当・非該当)	家庭で育児できない理由 勤務・冠婚葬祭・出産・ 病気・その他 ( ) 送り迎えされる方の氏名・続柄		

※ 裏面も記入してください。

京都市病後児保育事業利用 (承認・不承認) 決定書

平成 年 月 日

(申請者氏名) \_\_\_\_\_ 様

京都市長  
(実施施設の長 印)

京都市乳幼児健康支援デイサービス事業について、下記のとおり (承認・不承認) します。

利用の可否	可 ・ 否 (理由 )				
対象児童氏名	利用日	年 月 日	利用料金	円	

