様式第１号

病児保育事業利用申請書兼承諾書

宝塚市病児保育事業の利用を次のとおり申請します。

この申請書を実施施設へ提供すること及び市が実施施設より利用状況（利用年月日、病名）の報告を受けることに同意します。

また、利用料の算定に関し、下記利用者区分に該当する場合は、市民税情報を閲覧することについて承諾します。

年　　月　　日

（あて先）宝塚市長

申請者（保護者）　住所

氏名（自署）

申請児童名（ふりがな）	性別	生年月日	お子さまの愛称
	男 女	年　　月　　日生 歳　　カ月	

保護者及び家族	氏名	続柄	緊急連絡先
			TEL
			TEL
			TEL

保育所（園）・学校名等	TEL
主治医名	TEL
利用するルーム名	□エンジェルスマイル　　□ひまわりルーム

子どもの健康状態及び注意事項

◎　食事について（食事制限の有無）

◎　その他（体質、くせ又は障碍など心配なこと、配慮してほしいこと）

※利用者区分（下記に該当する方はチェックしてください）

□生活保護世帯　□市民税非課税世帯　□市民税所得割 48,600 円未満世帯　□不明

（転入により所得が宝塚市で確認できない場合は、所得を証明できる書類の提出が必要です）

○　利用料：2,000 円　・　1,000 円　・　無料 4,000 円（市外住民・エンジェルスマイルのみ）	○　利用理由：就労　・　冠婚葬祭 その他（　　）
○　利用料の確認：公簿　・　課税証明書	○　利用開始日：　　年　　月　　日

上記の申請を受け、利用を承諾します。

年　　月　　日

課長	副課長	係長	係