

第1号様式（第7条関係）

年度 登録番号 (受付年月日 年 月 日)

多摩市長 殿

〒 住所 \_\_\_\_\_  
 申請者（保護者） ふりがな \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

多摩市病児・病後児保育利用登録申請書

病児・病後児保育の利用の登録について、利用登録条件に同意の上、多摩市病児・病後児保育事業実施要綱第7条第1項の規定により次のとおり申請します。

子どもの状況	
ふりがな 登録児童名 (愛称) ( )	生年月日 年 月 日 (4月1日現在 歳)
日常の保育先 施設名	Tel _____
かかりつけの医療機関 (病院・診療所名等)	Tel _____
主治医名	Tel _____
日常の健康状態など ☆食事について（食事制限の有無・好き嫌いなど）  ☆既往症（大きな病気・けがの経験がある場合）  ☆その他 常備薬、体質など及び心配なこと、配慮してほしいこと	

保護者等の緊急連絡先（*確実に連絡ができるようにしておいてください）			
ふりがな 氏名	児童と の続柄	連絡先（自宅） 電話番号	緊急連絡先 電話番号
		Tel _____	Tel _____
		Tel _____	Tel _____

【利用登録条件について】

- 病児・病後児保育の利用者は、次の利用登録条件に同意するものとします。
- この申請書の記載内容並びに病児・病後児保育の運営において多摩市及び実施施設が取得した個人情報について、子どもの健康管理又は病児・病後児保育の円滑な運営のために必要な範囲で、多摩市、実施施設、関係医療機関の間で提供すること。
  - 多摩市病児・病後児保育事業実施要綱等の諸規定に従うこと。

【病児・病後児保育の実費負担額の減免について】

多摩市に住所があり、かつ、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合には、病児・病後児保育の実費負担額の減免を受けられます。減免を希望する場合は、(1)から(4)までの括弧内のいずれかに○を付けてください。

- 申請日時時点で生活保護を受けて（いない・いる）
- 申請日の前年度分の市町村民税が非課税で（ある・ない）  
 ※ 「ある」の場合で申請日の前年度の1月1日に多摩市に住所がないときは、非課税証明書（世帯全員分）を添付してください。
- 申請日の前年分（申請日が1月から3月までの場合は前々年分）の所得税が非課税で（ある・ない）  
 ※ 「ある」の場合は、該当年分の源泉徴収票又は確定申告書の控え等の所得税が非課税であることを証明する書類（世帯全員分）を添付してください。
- 病児・病後児保育の実費負担額の減免事由を確認するため、生活保護の状況及び市町村民税に関する資料を多摩市長が閲覧し、又は情報を取得することに（同意する・同意しない）  
 ※ 「同意しない」の場合は、生活保護の状況及び市町村民税の内容を確認できる書類を添付してください。  
 ※ 「同意しない」の場合で、確認書類の添付がない場合など、上記(1)から(3)までの内容の確認をできない場合は、減免を受けられません。