

## 藤沢市病児・病後児保育事業登録内容変更届

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

藤 沢 市 長

事業実施者：鈴木 誠  
 実施施設：長後中央医院併設型病児はいくしつ湘南

申請者  
 (保護者)

住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)  
 電話番号 (自 宅) \_\_\_\_\_  
 (携 帯 電 話) \_\_\_\_\_

藤沢市病児・病後児保育事業の利用登録内容について変更が生じたため、藤沢市病児保育事業実施要綱第20条の規定に基づき、届出を行います。

登 録 児 童	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	氏 名	性 別	男 ・ 女	
変 更 内 容  (変更が生じた事項に☑をつけ、変更内容を記入してください。)	<input type="checkbox"/> 住所			
	<input type="checkbox"/> 電話番号			
	<input type="checkbox"/> 通常利用施設	施設の種別 01 認可保育所 02 小規模・家庭的保育事業 03 私設保育施設(認可外保育施設) 04 企業主導型保育事業	05 一時預かり事業 06 幼稚園・認定こども園 07 その他 ( _____ )	
		施 設 名	(電話番号 _____)	
		利 用 時 間	時 分 ~ 時 分	
	<input type="checkbox"/> 保育料の免除	<input type="checkbox"/> 基本保育料の免除を希望しません(取り下げる)。 <input type="checkbox"/> 次の要件を確認し、基本保育料の免除を希望します。 ○ 基本保育料の免除は、利用児童の世帯が、生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯である場合に対象となります。 ○ 利用登録届出時の同意事項に基づき、免除の要件の該当状況について、変更届出時、及び毎年9月1日時点の状況を確認し、免除の可否を決定します。		
	<input type="checkbox"/> その他	※変更内容について記載してください。		
変 更 が 生 じ た 日	年 月 日			

〔実施施設記入欄〕

届出受理日	年 月 日 (台帳記載： 済 ・ 未 )	登 録 番 号	
特 記 事 項			