

(第4関係)

## 西東京市病児・病後児保育事業収入状況報告書

年 月 日

西東京市病児・病後児保育事業の利用登録に当たり、次のとおり収入状況を報告します。

### 収入状況

〔 該当する番号を○で  
囲んでください。 〕

1 生活保護受給世帯

2 住民税非課税世帯

住 所

電 話

署 名

印

### 【西東京市内に在住の方だけご記入ください。】

西東京市病児・病後児保育事業の登録及び同事業の登録期間中における状況の確認その他西東京市が実施する病児・病後児保育事業に要する経費に係る補助事業に必要な事項を、公簿により確認することに同意します。

また、申請した事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行います。

住 所

電 話

署 名

印

この用紙は、①生活保護を受けている世帯の方または②住民税非課税世帯の方(1月1日現在、西東京市に住民登録のなかった方は、当該年度非課税証明書と一緒に提出してください。)は、実施施設の設置者(病児・病後児保育室)または西東京市子育て支援課へ提出してください。上記以外の方は、提出不要です。