

様式第 1号

年 月 日

小浜市病児・病後児保育利用登録申込書

小浜市福祉事務所長 様

申請者 住所 小浜市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

児童との続柄 \_\_\_\_\_

小浜市病児・病後児保育を利用するため、次のとおり申し込みます。

ふりがな				男	生年	年 月 日
児童氏名				女	月日	
通園・通学先						
家族の状況	氏名	続柄	勤務先	緊急連絡先・緊急電話番号		
かかりつけ病院等						
名称		主治医名				
平常の状態	良好	かかりやすい病気( )				
アレルギー	特になし	ある(原因物質 )				
食事制限の必要		あり	なし			
その他健康の留意点						

同意書

私は、病児・病後児保育の利用料算定のため、私の世帯全員の氏名、生年月日、続柄ならびに生活保護の有無、市民税課税状況、児童扶養手当の受給資格、ひとり親医療費助成(母子家庭等医療費助成)の受給資格の有無を調査することについて同意します。

私は、本事業実施に必要な情報を実施機関に提供することに同意します。

署名

(印)