

小浜市病児・病後児保育利用登録申込書

小浜市長 様

申請者 住所 小浜市 _____

氏名 _____

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(広域利用が可能な実施機関も含む)に提供することに同意します。

署名

※以下、市記入欄

生活保護	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
第2子以降	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
ひとり親家庭等医療費助成	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
児童扶養手当	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当
多胎児	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当