４　年度

鹿角市病児・病後児保育事業　利用事前登録票

【基本情報】　提出日：　　年　　月　　日　　　　記入者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録児童名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 生年月日 | 　　　年　　月　　日生 |
| 在籍施設名 | ※保育園等を利用されている場合は、施設名を記入ください。 | 出生順 | 第　　子 |
| 住　　　所 | 鹿角市（　花輪　・　十和田　・　尾去沢　・　八幡平　）、小坂町 |
| 緊急連絡先（複数でも可） | 氏名 | （続柄　　　　） | 連絡先TEL |  |

【児童個人情報】

|  |
| --- |
| 1. お子様のアレルギーについて

□ある　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ない　　　（具体的内容：　　　　　　　　 　） |
|
|
| 1. お子様のアレルギー以外の疾患

□ある（具体内容：　　　　 　　　　　　　　　　　　）　　□ない |
|
| 1. その他、特に注意して欲しい　事項があればご記入ください。
 |
|
| **※登録児童が第３子以降の場合は、戸籍謄本（コピー可）を添付してください。**【調査欄】（記入不要） |
| 区　分 | 課　税　状　況 | 日額利用料 |
| ８月まで | 前年度 | 生保世帯・住民税（　課税　・　非課税　）世帯 | 円 |
| ９月以降 | 当該年度 | 生保世帯・住民税（　課税　・　非課税　）世帯 | 円 |
| 確認者 | 受付月日 | 備考欄（特記事項欄） |
|  |  |  |

誓　　約　　書

　鹿角市病児・病後児保育事業の利用に際しては、鹿角市及び事業実施施設の過失によ

る事故を除き、一切の意義を申し立てないことを誓約します。

　また、症状の変化等で処置が必要な場合、医療機関を受診させることを承諾します。

　なお、利用負担額の算定に必要があるときは（小坂町民は除く。）、保護者等の市民

税課税状況について、鹿角市市民部税務課に照会することを承諾します。

　　　年　　　月　　　日

鹿　角　市　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　（利用児童保護者）

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用児童名　　　　　　　　　　　　　　）