

様式第1号（第8条関係）

年 月 日

八潮市病児保育事業利用登録書

(宛先)  
八潮市長

住 所 八潮市 \_\_\_\_\_

届出者 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

八潮市病児保育事業の利用を希望するので、次のとおり登録します。

ふりがな		性 別	生年月日
児童氏名		男 ・ 女	年 月 日生
かかりつけ 医療機関名		これまでに かかった主な病気	
アレルギー	有 ・ 無 (原因物質 : _____ )	食事制限の必要	
		有 ・ 無	
児童の状態で特に伝えたいこと			

【該当する場合のみ記入】

下記の項目に基づいて、市又は福祉事務所が保有する世帯の状況の調査及び確認をすることについて、私とその家族は同意いたします。

次に該当する場合は、レ印を記入して下さい。	
<input type="checkbox"/>	生活保護を受けている。
<input type="checkbox"/>	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている。
※	署名してください。 _____ 年 月 日
	届出者署名 _____