

令和 2年 9月 1日

八潮市病児保育事業利用登録書

(宛先)
八潮市長

保護者の氏名 _____ 住所 八潮市中央1-2-1

届出者 氏名 八潮 太郎

電話 048-996-2111

お子さんの氏名 _____

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	<u>やしお はなこ</u>	性別	生年月日
児童氏名	<u>八潮 花子</u>	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	平成29年4月1日生
かかりつけ 医療機関名	〇〇小児科	これまでに かかった主な病気	てんかん
アレルギー	<input checked="" type="radio"/> ・無 (原因物質： <u>卵</u>)	食事制限の必要	
		<input checked="" type="radio"/> ・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。

- 生活保護を受けている。
- 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。

令和2年 4月 1日

生活保護又は中国残留邦人等に該当する場合のみ、この枠内も記入してください。

届出者署名 八潮 太郎