

様式第1号（第8条関係）

ひたちなか市病後児保育事業利用申込書

年 月 日

ひたちなか市長 殿

申込者 住所
氏名
電話番号

ひたちなか市病後児保育事業の利用をしたいので、ひたちなか市病後児保育事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり申し込みます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
児童の氏名		保育所・学校名等	
病名・症状			
受診医療機関	名称		
	電話番号		
	受診年月日		
利用希望日			
服薬の有無	有 ・ 無		
申込理由	1. 勤務の都合 2. その他（ ）		
生活保護の適用	適用有り（ 年 月 日より保護開始）・適用無し		
市町村民税の課税状況	課税有り・課税無し		
同意事項署名欄	<p>費用負担額の審査に当たり、生活保護の状況又は市町村民税の課税状況の確認のため、市が保有する当該情報を利用し、また、他の官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることについて同意します。</p> <p>保護者氏名（父） _____</p> <p>保護者氏名（母） _____</p>		