登	録	番	묽	

## 那珂川市病児·病後児保育事業利用登録書

年 月 日

(あて先) 那珂川市長

那珂川市病児・病後児保育の実施に関する規則第9条の規定により、次のとおり申請します。

ふ り が な 児 童 氏 名	性 別 生年 男・女 月日 年	月 日生
保護者氏名		
住 所	電話番号 ( )	_
緊急連絡先	氏名 (続柄 ) 電話番号( )	-
	氏名 (続柄 ) 電話番号( )	-
園又は学校等 の名称	名称	
健康保険 保険者番号	保険の種類 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ その他 (	)
	記号     番号    保険者番号	
かかりつけの 医療機関等	病院等名       電話  一  一 主治医名	
これまでにか かった病気等		
アレルギー の有無	アレルギー体質 無・有(具体的に 薬のアレルギー 無・有(具体的に	)
気になることが あれば記入して ください。		

同 意 書

次のことについて同意します。

- (1) 本事業に係る利用登録書および利用申込書の内容について、実施施設に提供すること。
- (2) 利用料の決定に際し、生活保護受給状況の確認及び住民基本台帳、市町村民税・県民税課税台帳を閲覧すること。

年 月 日 (あて先) 那珂川市長

保護者氏名