

登録番号

## 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<br>児 童 氏 名             | 性 別<br>男・女   | 生年<br>月 日               | 年 月 日生        |
| 保 護 者 氏 名                   |              |                         |               |
| 住 所                         |              |                         | 電話番号<br>( ) — |
| 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<br>の名称               | 名称           |                         |               |
| 健康保険<br>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<br>医療機関等             | 病院等名<br>主治医名 | 電話                      | — —           |
| これまでに<br>かかった病気等            |              |                         |               |
| アレルギー<br>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<br>あれば記入して<br>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、福岡県及び関係市町村に提供すること。
- (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