

鹿屋市長 様

鹿屋市病児保育事業利用登録（変更）申請書

住 所	(〒 -)		連絡先	() -
利 用 児 童	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日 (年 齡)	在園・在校中の施設名称	登録番号
		年 月 日 (歳)		
		年 月 日 (歳)		
		年 月 日 (歳)		
		年 月 日 (歳)		
		年 月 日 (歳)		
保 護 者 等 (続 柄)	(父)	氏 名	緊 急 連絡先	() -
		(歳)		
	(母)	勤務先等	連絡先	() -
	()	氏 名	緊 急 連絡先	() -
		(歳)		
()	勤務先等	連絡先	() -	
かかりつけ医	名 称 (医師名) (電話番号)			
生活保護の適用の有無	適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)			

(利用に関する同意)

利用するにあたり、次の同意事項について同意します。

- 適切な利用や利用者区分の確認のため、市の担当者が、市の保有する児童及び世帯員の住民票、税務資料、生活保護受給状況資料、児童扶養手当資料等の閲覧及び取得を行うこと。
- この申請書の内容は、市外に転出した場合は、無効となること。
- 登録期間中に国の制度見直しがあった場合は、それに従うこと。

氏名 _____

(*市記載欄)

登 録 期 間	備 考
年 月 日 ~ 12歳に達する日以後の最初の3月31日	年度 () 区分 ()

- 注 1 申請書の内容に変更がある場合は、必ず本庁子育て支援課で変更手続きを行ってください。
 2 事業の利用申込は、あらかじめ実施施設に利用の予約を行う必要があります。