

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	(電話番号 (F A X ) )	
利 用 児 童	氏 名 (ふりがな)	性 別	生 年 月 日 ( 年 齡 )		入所中の 保育所名等
		男・女	年 月 日 ( 歳 )		
		男・女	年 月 日 ( 歳 )		
		男・女	年 月 日 ( 歳 )		
		男・女	年 月 日 ( 歳 )		
保 護 者 等 (続 柄)	(父)	氏 名	緊 急 連絡先	携 帯 電 話 等 ( )	
		勤務先等	連絡先	(電話番号 )	
	(母)	氏 名	緊 急 連絡先	携 帯 電 話 等 ( )	
		勤務先等	連絡先	(電話番号 )	
	( )	氏 名	緊 急 連絡先	携 帯 電 話 等 ( )	
		勤務先等	連絡先	(電話番号 )	
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負担金算定等のため、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。
- 課税情報及び現況が確認できない場合は、確定されるまでの間、最高額で支払うこと。なお、確定額の増減にかかわらず、遡及できないこと。
- 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 ( ) 利用料 ( ) 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。