

鹿角市病児・病後児保育事業 利用事前登録票

提出日： 年 月 日 記入者： _____

【基本情報】

登録児童名	カガナ		性別	生年月日	H R	年	月	日生
		男・女						
在籍施設名	※保育園等を利用されている場合は、施設名を記入ください。				出生順	第 子		
住所	鹿角市（花輪・十和田・尾去沢・八幡平）、小坂町							
保護者氏名	父		母					
緊急連絡先 （電話番号）	第1	（父・母・他）		呼出先				
	第2	（父・母・他）		呼出先				

【児童個人情報】

【家族構成】

氏名	続柄	年齢	勤務先及び電話番号 学校・保育園等
① お子様のアレルギーについて ・ある （具体的内容： ） ・ない			
② お子様のアレルギー以外の疾患 ・ある （具体的内容： ） ・ない			
③ その他、特に注意して欲しい事項 があればご記入ください。			

【調査欄】（記入不要）

区分	課税状況		月額利用料
8月まで	前年度	生保世帯・住民税（課税・非課税）世帯	円
9月以降	当該年度	生保世帯・住民税（課税・非課税）世帯	円
第3子以降の該当		有（第 子）による無料	
確認者	受付月日	備考欄（特記事項欄）	