

# 誓 約 書

鹿角市病児保育事業の利用に際しては、鹿角市及び事業実施施設の過失による事故を除き、一切の意義を申し立てないことを誓約します。

また、症状の変化等で処置が必要な場合、医療機関を受診させることを承諾します。

なお、利用負担額の算定に必要があるときは（小坂町民は除く。）、保護者等の市民税課税状況について、鹿角市市民部税務課に照会することを承諾します。

令和 年 月 日

鹿 角 市 長 様

(利用児童保護者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(利用児童名 \_\_\_\_\_ )