

第1号様式（第7条関係）

年度 登録番号 (受付年月日 年 月 日)

多摩市長 殿

〒 住所
申請者（保護者） ふりがな
氏名

多摩市病児・病後児保育利用登録申請書
病児・病後児保育の利用の登録について、多摩市病児・病後児保育事業実施要綱第7条第1項の規定により下記のとおり申請します。
記

子どもの状況	
ふりがな 登録児童名 (愛称) ()	生年月日 年 月 日 (4月1日現在 歳)
日常の保育先 施設名	Tel
かかりつけの医療機関 (病院・診療所名等)	Tel
主治医名	Tel
日常の健康状態など ☆食事について（食事制限の有無・好き嫌いなど） ☆既往症（大きな病気・けがの経験がある場合） ☆その他 常備薬、体質など及び心配なこと、配慮してほしいこと	

保護者等の緊急連絡先（*確実に連絡ができるようにしておいてください）			
ふりがな 氏名	児 童 と の 続 柄	連絡先（自宅） 電話番号	緊急連絡先 電話番号
		Tel	Tel
		Tel	Tel

* 該当するところに、○をしてください。
生活保護の状況 受けて いない いる 市民税非課税で ある ない
所得税非課税で ある ない

利用登録条件

- 病児・病後児保育の利用者は、子どもの健康管理に万全を期するため、及びこの事業の円滑な運営に協力するため、次の事項を承諾するものとします。
- 1 病児・病後児保育の利用者負担となる利用料を確認するため、多摩市長が要求した関係書類を提出すること及び多摩市長が公的扶助及び住民税に係わる資料を閲覧し、情報を得ること。
 - 2 利用登録に関し、多摩市長がこの申請書を事業実施施設に提供すること。
 - 3 この申請書の記載内容と病児・病後児保育の実施過程で多摩市及び実施施設が知ることとなった個人情報について、子どもの健康管理又はこの事業を円滑相互に運営するために必要な範囲で、多摩市、実施施設、関係医療機関の間で提供すること。
 - 4 多摩市病児・病後児保育事業実施要綱等の諸規定に従うこと。

氏名 印