

第1号様式（第7条関係）

越谷市病児保育事業利用登録書

平成 年 月 日

越谷市長 宛

〒343- \_\_\_\_\_  
住 所 越谷市 \_\_\_\_\_

届出者 氏 名 \_\_\_\_\_  
電 話 ( ) \_\_\_\_\_

越谷市病児保育事業の利用を希望するので、次のとおり登録します。

ふりがな		性 別	生 年 月 日
児童氏名		男 ・ 女	平成 年 月 日生
かかりつけ 医療機関名		これまでに かかった主な病気	
アレルギー	有 ・ 無 (原因物質： )	食事制限の必要	
		有 ・ 無	
児童の状態で特に伝えたいこと。			

【該当する場合のみ記入】

下記の項目に基づいて、市又は福祉事務所が市の保有する世帯の状況を調査及び確認をすることについて、私とその家族は同意いたします。

次に該当する場合は、レ印を記入してください。

- 生活保護を受けている。
- 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている。

※ 署名してください。

平成 年 月 日

申請者署名 \_\_\_\_\_