

年度登録番号	(受付年月日	年	月	日)
--------	--------	---	---	----

年 月 日

(あて先) 日野市長

〒191—

住所

児童名

生年月日

申請者(保護者)氏名

病児・病後児保育登録申請書

日野市病児・病後児保育児童の登録について、下記利用登録条件を承認し、申請します。

記

※ 該当する所に○をして下さい。

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

利用登録条件

病児・病後児保育事業の利用者は、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、下記の事項を承認するものとします。

- 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、日野市が要求した関係書類の提出及び日野市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、この申請書を事業実施施設が取り扱うこと。
- 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日野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、日野市、実施施設及び関係医療機関との間で提供すること。
- 4 日野市病児・病後児保育事業運営要綱の諸規定に従うこと。