

# 同意書

病後児保育を利用するに当たり次のことについて同意します。

- 1 病後児保育事業の利用に要する費用を確認するため、市の職員が私および私の世帯に属する者の生活保護受給状況、住民登録状況および課税状況について調査すること。
- 2 本事業の実施に必要な情報を実施施設に提供すること。
- 3 本事業の利用期間中は、実施施設の長の指示に従うとともに、万一、児童の体調が悪化した場合には、ご連絡いたしますが、やむを得ない緊急の場合には、医療処置や救急搬送等を行うことがあります。

(あて先) 東金市長

年 月 日

住所  
保護者 氏名  
電話番号

.....

※ 認定欄 (記入不要です。)

利用料

該 当	利用者の世帯区分	日 額
<input type="checkbox"/>	1 生活保護世帯	0円
<input type="checkbox"/>	2 市民税非課税世帯	1, 250円
<input type="checkbox"/>	3 その他の世帯	2, 500円

※飲食物費は実費負担

※健康保険による診察料は別途負担