

# 同意書

\_\_\_\_\_ 長 様

(住民登録のある市町)

私は、貴市町と病児・病後児保育事業（以下「病児デイケア」という。）の  
広域利用契約を締結した市町にある病児デイケア実施施設を利用するにあたり、  
貴市町が利用料算定のために私の世帯全員の氏名、生年月日、続柄並びに  
生活保護受給の有無、市町村住民税課税状況、児童扶養手当受給の有無、  
ひとり親家庭医療費助成（母子家庭等医療費等助成）受給の有無、施設等  
利用給付認定の有無を閲覧することについて同意します。

令和      年      月      日

住 所： \_\_\_\_\_

保護者氏名： \_\_\_\_\_

児童氏名： \_\_\_\_\_

署名をお願いします。

※当該様式は、県内統一様式とする。