

柳川市乳幼児健康支援一時預かり事業利用申請書

柳川市長 様

申請者 保護者名



住所

電話

柳川市乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので次のとおり申請します。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。また、家庭の状況及び課税状況等について調査されることに同意します。

ふりがな 児 童 名			男 女	申請者と の続柄	
生 年 月 日	平成	年	月	日生（	歳 か月）
保 育 の 状 況					
利 用 日	平成	年	月	日	～ 平成 年 月 日（ ）日間
保 護 者 名					
保護者勤務先	TEL （ ）				
勤 務 先 住 所					
健康保険被保険者番号	記号	番号	保険者番号		
今回の病気について					
医師の受診	・ 受診済み ・ 未受診		・ 熱（ ）度 ・ 投薬 有 ・ 無		
病 名	（ ）		・ 常備薬の有無 有 ・ 無		
病 院 名	（ ）		・ 薬持参（内服・吸入・点眼・点鼻・塗り薬）		
対象児童における 注意点(注)					
緊 急 連 絡 先	1	続柄（ ） TEL			
	2	続柄（ ） TEL			
お迎えについて	（ ）時頃に（ ）が迎えにきます。				
そ の 他					

(注)「対象児童における注意点」の欄について

- 1. 食事の状況（離乳の状況アトピー等による食事制限等）
- 2. 健康状態（既往症、出産時の状況）