

乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書

年 月 日

厳浄寺保育園 園長
山崎 淳朗 様

申請者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____ 印
児童との続柄(_____)
電話番号 _____

乳幼児健康支援一時預かり事業の利用について、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|----------------------------|--|-----|-------|--------------|------------------|
| (ふりがな) | | 性別 | 男・女 | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳 箇月) |
| 児 童 氏 名 | | | | | |
| 保育所等の名称 | 厳浄寺 保育園(所) | 幼稚園 | 児童クラブ | | |
| 申 込 の 理 由 (家庭で保育できない理由) | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | |
| 利用希望期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日の()日間 | | | | |
| 児 童 の 送 迎 | 入所(入所時間: 時 分頃、連れてくる方の氏名: _____ 続柄() 退所(退所時間: 時 分頃、迎えにくる方の氏名: _____ 続柄()) | | | | |
| 健 康 保 険 証 | 記号: _____ 番号: _____ 保険者番号: _____ | | | | |
| 利用登録申請 | 登録申請 <input type="checkbox"/> 申請済(年 月) 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(変更 _____) | | | | |

| |
|---|
| 病気の症状等について 病名(わかっている場合) [_____] 主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 結嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 その他、気になる症状など、ご自由にお書きください。 |
| いつからこの症状が始まりましたか、経過をお書きください。 |
| 昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか。(<input type="checkbox"/> 使用した。 <input type="checkbox"/> 使用していない。) 昨日から今朝(現在)の症状についてお書きください。 |

注

- 1 欄については、該当項目にレ印を記入してください。
- 2 事業の登録前に緊急に事業を利用する場合は、この申請書と乳幼児健康支援一時預かり事業利用登録申請書を提出してください。
- 3 母子手帳(乳幼児のみ)、健康保険証及び薬剤情報提供書を持参してください。