

様式第2号(第5条関係)

乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書

平成 年 月 日

柏原市長 様

(申込者) 住所

(ふりがな)

保護者氏名

印

電 話

柏原市乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので、次のとおり申し込みます

| | | | | | | |
|---------------|-------------------------|-------|---|------------------|--------|--|
| (ふりがな) | | | | 生 年 月 日 | | |
| 対象児 | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | (歳児) | |
| 保育所名 | | 利用料区分 | 生活保護受給 <input type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当 | | | |
| | | | 市町村民税 <input type="radio"/> 課税 <input type="radio"/> 非課税 | | | |
| 利用日 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | | | |
| 緊急時の 連 絡 先 | 氏名 | | | | 児童との続柄 | |
| | 住所 | | | | 電 話 | |
| 連 絡 先 | 氏名 | | | | 児童との続柄 | |
| | 住所 | | | | 電 話 | |

今回の病気について

・病名(分かっている場合のみご記入ください)

・症状(簡単にご記入ください)

・今朝の体温 ℃

・下痢 ある なし

・咳 ある なし

・嘔吐(むかつき) ある なし

・機嫌 良好 普通 不良

・薬を飲んだ時間

時 分

・座薬等を使った時間

時 分