

国富町町乳幼児健康支援一時預かり事業利用申請書

年 月 日

国富町長 殿

住 所 国富町大字  
 申請者 氏 名  
 電 話

次のとおり国富町乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので申請します。

ふりがな 児 童 氏 名		生 年 月 日	性別	申請者との続き柄	保育所等の名称
		年 月 日 (満 歳 ヶ月)	男・女		
利用希望期間	申請時	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( )日間			
	変更後	平成 年 月 日～平成 年 月 日 ( )日間			
利用希望の理由		1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校等への公的行事 9. その他社会的にやむを得ない理由 ( )			
通院病院	病院名		担当医師名		電話
					—
					—
主な症状等		1. 病名 (わかっている場合のみ記入) ( ) 2. 医師には (受診済み・未受診) 3. 投薬を受けて (いる・いない) 4. 常備薬を飲んで (いる・いない)		5. 症状 (あてはまるものすべてに○) 発熱 ・ 発疹 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 腹痛 喉の痛み・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・目やに その他 ( )	
児童に対する留意点		1. 食事の状況 (1) 授乳時間・回数 ( ) (2) 離乳状況 ( ) (3) アトピー等による食事制限 ( ) (4) その他 ( )		2. 健康状態 (1) 既往歴 ( ) (2) 出産時の状況 ( ) (3) その他 ( )	
保 護 者	氏名		父	自宅電話	—
			母		
	勤務先名 (緊急連絡先)		父	勤務先電話	—
			母	勤務先電話	—
世帯状況		1. 生活保護法による被保護世帯 2. 町民税非課税世帯 3. 所得税非課税世帯 (1・2を除く) 4. その他の世帯			
加入医療保険	記号	番号	保険者名		保険者番号