

年 月 日

下野市長 様

申請者 住 所 下野市

(保護者)

氏 名

印

(児童との続柄)

下野市乳幼児健康支援一時預り事業利用申請書

このたび、下記により下野市乳幼児健康支援一時預り事業を利用したいので、別紙主治医の診療情報提供書を添付の上、申請します。

児 童	住 所	下野市			子の愛称
	氏 名		年 月 日生( 歳 月)		
利用期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間
施設名					
通っている 保育園・幼 稚園・学校 名及び電話	TEL	-	-	緊急連絡先	TEL - -
自宅電話	TEL	-	-		TEL - -
保 護 者 家 族 欄	続 柄	氏 名	生 年 月 日	勤 務 先	
	父			TEL	
	母			TEL	
				TEL	
				TEL	
利用の理由 (看護できない理由)	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自由 ( )				
記入上の注意					
1 利用期間は原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2 利用の理由は該当するところに○を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。 3 緊急連絡先は、市役所及び施設が保護者と連絡を取れる電話番号をご記入ください。					
備考					