

倉敷市乳幼児健康支援一時預り事業 登録申請 利用申込 書

平成 年 月 日

社会福祉事務所長様

申請者(保護者) { 住所 倉敷市 _____
 氏名 _____
 連絡先 TEL _____
 勤務先 TEL _____

利用希望期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで [] 日間	保育園(幼稚園)名
(ふりがな) 乳幼児名	生年月日 平成 年 月 日生 (才)	TEL _____
利用児童の症名及び経過		
(1) 病気の種類(病名)		
(2) 発病年月日 平成 年 月 日		
(3) 症状及び経過		
児童を看護できない理由		

(記入上の注意)

- 1 初めて利用するときは、登録申請、利用申込の両方にチェック、2回目以降は、利用申込にチェックしてください。
- 2 利用対象疾病の範囲は、感冒、消化不良(多症候性下痢)などの乳幼児が日常罹患する疾病や、麻疹、水痘、風疹などの伝染性疾患、喘息などの慢性疾患及び熱傷などの外傷性疾患などです。
- 3 保護者が看護できない理由の範囲は、保護者の勤務の都合、疾病、事故、出産、冠婚葬祭などの社会的要因によるものです。
- 4 事業の利用料は、日額2,500円です。
- 5 生活保護世帯及び市民税非課税世帯のうち母子世帯等の方は利用料が一部免除になりますので、減免申請書を提出してください。