様式第４号

岩美町乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書

年　　月　　日

岩美町長　様

住所

申請者(保護者)　氏名

電話

岩美町乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので、下記の通り申し込みます。

なお、利用にあたっては、下記事項に同意します。

記

<table>
<tr><td>(ふりがな)</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">男
・
女</td><td>登録番号</td><td></td></tr>
<tr><td>児童の
氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日(　　歳)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">今回の
病気</td><td colspan="5">病名</td></tr>
<tr><td colspan="3">医療機関</td><td colspan="2">主治医名</td></tr>
<tr><td rowspan="2">利用を希望する期間及び時間</td><td colspan="5">年　　月　　日(　　)～　　　年　　月　　日(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="5">時　　　分　～　　　時　　　分</td></tr>
<tr><td rowspan="2">当日の
緊急連絡先</td><td colspan="3">氏名</td><td colspan="2">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="3">勤務先名</td><td colspan="2">(携帯)</td></tr>
<tr><td>今回の申請
理由</td><td colspan="5">１．就労　　２．傷病　　３．出産　　４．冠婚葬祭
５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）</td></tr>
<tr><td colspan="6">児童が属する世帯の生活保護受給の該当（該当の場合は利用料が０円となります。）
□　該当（受給中であることがわかるものを提示してください。）
□　非該当</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>岩美病院の
医師の意見</td><td>上記児童は、健康状態等から本事業の利用が（可能・不可能）と考えられます。
（利用にあたり参考となる所見等

）
医師名</td></tr>
</table>

１．病状連絡票の写しを、岩美病院で保管すること。

２．細心の注意を払い感染対策を行っても、やむを得ず児童が感染症にかかる可能性があること。

３．当事業利用にあたっての指示事項。