

令和6年(2024年)度吹田市休日保育事業利用申込書(上半期用)

令和 年 月 日

吹田市長 あて

住所 〒 _____
電話番号 _____
保護者氏名 _____

令和6年4月から令和6年9月までの、休日保育の利用について、次のとおり申し込みます。

	児童①		児童②		児童③	
フリガナ						
利用希望児童名						
生年月日	平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日	平成 令和	年 月 日
在籍施設名						
利用希望日	4月	7日 14日 21日 28日 29日				
	5月	3日 4日 5日 6日 12日 19日 26日				
	6月	2日 9日 16日 23日 30日				
	7月	7日 14日 15日 21日 28日				
	8月	4日 11日 12日 18日 25日				
	9月	1日 8日 15日 16日 22日 23日 29日				
希望時間	午前 時 分 ~ 午後 時 分					

保育で気をつけてほしいことを具体的に(既往歴、知っておいてほしい病気や症状など)

・食物アレルギー 有(児童名) (原因) 無	・薬物アレルギー 有(児童名) (原因) 無	・ひきつけ 有(児童名) 無 ・脱臼 有(児童名) 無
保険証の種類 社会保険 ・ 共済保険 ・ 国民健康保険 ・ その他()		こども医療受給 有 ・ 無