

令和6年(2024年)度吹田市休日保育事業利用申込書(下半期用)

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10月から令和7年3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	10月	6日	13日	14日	20日	27日		
	11月	3日	4日	10日	17日	23日	24日	
	12月	1日	8日	15日	22日	29日	30日	31日
	1月	5日	12日	13日	19日	26日		
	2月	2日	9日	11日	16日	23日	24日	
	3月	2日	9日	16日	20日	23日	30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