別紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者（申請者）氏名 |  | | 児童氏名 |  |
| 利用要件 | 対象児童は、以下に該当する者である。  □ 市内に住所を有している。  □ 利用日時点で生後６か月から満３歳未満までの児童である。  □ 保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育事業（小規模保育施設／事業所内保育施設）及び企業主導型保育事業所に入所していない。 | | | |
| □ 本事業にかかる利用者アンケートへの回答に協力する。 | | | |
| 利用チケットの配布場所 | | □ 市役所(保育課) □ 吹上支所 □ 川里支所  □ 子育て支援センター（生出塚保育所内）  □ 川里ひまわり保育園子育て支援センター  □ めぐみの木こども園 | | |
| ※事業の利用に必要となるチケットは、利用月ごとに実施施設等で配布しますので、希望する配布場所を指定してください。 | | | | |

【児童の健康状態等】

|  |  |
| --- | --- |
| 授乳状況 | 母乳 ・ ミルク(メーカー)　　　　・ 混合 ・ 卒乳(　　歳　　か月) |
| 現在の哺乳ビンの使用（ あり ・ なし ） |
| 食事状況 | 離乳食( 初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了 ) ・ 幼児食 |
| アレルギー | なし ・ あり ⇒ 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ その他（　　　　　　　　　） |
| ひきつけ | なし ・ あり ⇒ 症状等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 脱臼 | なし ・ あり ⇒ 部位等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障がいの有無 | なし ・ あり ⇒ （種類　　　　　　　　　　：等級　　　　　　　　） |
| 定期的な通院 | なし ・ あり  病名：　　　　　　　　　　　医療機関名：  医師からの指示事項：  保育施設で必要な対応： なし ・ あり  ⇒「あり」の場合の必要な対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他心配なこと、注意してほしいこと |  |

【メールアドレス】（大文字、小文字、アンダーバー、ハイフン、数字、アルファベットの区別がつくようにご記入ください。）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠