

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。 <input type="checkbox"/> 市内に住所を有している。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 ----- <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 市役所(保育課) <input type="checkbox"/> 吹上支所 <input type="checkbox"/> 川里支所 <input type="checkbox"/> 子育て支援センター（生出塚保育所内） <input type="checkbox"/> 川里ひまわり保育園子育て支援センター <input type="checkbox"/> めぐみの木こども園		
※事業の利用に必要なチケットは、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。)

@