

西条市乳幼児健康支援サービス利用申請書

西条市長 殿

平成 年 月 日

ふりがな		H.	年	月	日生
児童氏名					歳 ヶ月
保護者氏名					
住 所	西条市 (町内名) 電話 - -				
保 護 者	父	電話 - -			
勤 務 先	母	電話 - -			
保育所名					
<p>児童は、平成 年 月 日 _____ 病院（医院・小児科・診療所） _____ 医師 の診察を受け、病名 _____ と診断されましたが、平成 年 月 日から、西条市乳幼児健康支援サービス事業を利用できる旨の確認を受けました。</p> <p>また、症状の変化により、園の判断で医師の診察を依頼することを承諾し、治療に要した費用は当方で支払います。</p>					
備 考					

※ 以下は記入しないでください。

登録番号		-			適応	保護者負担金	円/日
------	--	---	--	--	----	--------	-----