

第1号様式（第4条関係）

京都市乳幼児健康支援ダイサービス事業利用申請書

(あて先)京都市長 実施施設の長様	利用日 ～	年 年	月 月	日 日
申請者住所 申請者氏名 (記名または氏名)	電 話 緊急連絡先 (保育中必ず連絡の取れる番号を記入してください)	— —		

下記のとおり、京都市乳幼児健康支援ダイサービスを利用したいので届出します。

対象児童氏名	生年月日 年 月 日 (男・女) 申請者との続柄 ()		
所属保育所・幼稚園等	今月何回目の利用ですか	初めて・()回目	
児童の状況 ・症状 (できるだけ詳しく経過をご記入ください) () ・医師には (受診済み・未受診) ・薬を飲んで (いる・いない) (薬の名:) ・朝食は (食べた・食べていない) ・昨夜の睡眠時間は (約 時間)			
利用者区分 (下記に該当する方は証明書類を提出ください。減免の制度があります)	家庭で育児できない理由		
生活保護受給世帯 (該当・非該当)	勤務・冠婚葬祭・出産・		
市民税非課税世帯 (該当・非該当)	病気・その他 ()		
所得税非課税世帯 (該当・非該当)	送り迎えされる方の氏名・続柄		

※ 裏面も記入してください。

第2号様式（第5条関係）

京都市乳幼児健康支援ダイサービス事業利用（承認・不承認）決定書

平成 年 月 日

(申請者氏名) _____ 様

京都市長
(実施施設の長 印)

京都市乳幼児健康支援ダイサービス事業について、下記のとおり（承認・不承認）します。

利用の可否	可 ・ 否 (理由)				
対象児童氏名	利用日	年 月 日	利用料金	円	

