

同居の家族	氏名 (利用児童を除く)	続柄	年齢	勤務先 (電話番号)	日曜・祝日の勤務状況(見込み) 例 毎月日曜・祝日 8:30~17:30 勤務 ※記入内容を勤務先に確認することがあります
				() -	
				() -	
				() -	
				() -	
				() -	

健康保険証	*申請書に、コピーを添付して下さい。		
子ども医療受給者証	*申請書に、コピーを添付して下さい。		
緊急連絡先 1	氏名		電話番号
			() -
緊急連絡先 2	氏名		電話番号
			() -
アレルギー等 特記事項			
血液型	A B AB O RH (+・-)	平熱	℃
その他 ※児童の健康状態などで注意することがあれば記入してください。			

健康保険証 コピー添付欄

子ども医療受給者証 コピー添付欄