

様式第2号（第6条関係）

鳥取市児童健康支援センター使用許可申請書

年 月 日

鳥取市病院事業管理者 様

申請者 住所
(保護者) 氏名
電話

次のとおり鳥取市児童健康支援センターにおける病後児保育事業の利用について申請します。また、鳥取市が利用決定等を行うために必要な申請者等の情報（世帯情報、生活保護受給状況含む）を閲覧、収集することに同意します。

| | | | | |
|-------------------|--|----|-------|-------------|
| ふりがな | | | | 年 月 日生(男・女) |
| 児童名 | | | | (歳) |
| 通っている 保育所等又は学校 | | | | |
| 利用施設 | | | | |
| 保 護 者 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先(連絡先) |
| | | 父 | 年 月 日 | 勤務先 電話 |
| | | 母 | 年 月 日 | 勤務先 電話 |
| | | | 年 月 日 | 勤務先 電話 |
| 申請理由 | | | | |
| 利用期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 生活保護の受給 | <input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない | | | |