

別記第1号様式(第2条関係)

新発田市子どもデイサービス事業利用申請書

年 月 日

新発田市長 様

次のとおり新発田市子どもデイサービス事業を利用したいので申請します。

希望保育園名		保育園			
保 護 者	住 所	〒 ー ( 様方)			
	フリガナ	電 話 番 号			
	氏 名	自宅 ( ) 携帯 ー ー			
児 童	フリガナ	生 年 月 日		性 別	
	氏 名	平 . . (満 歳)		男・女	
児 童	フリガナ	生 年 月 日		性 別	
	氏 名	平 . . (満 歳)		男・女	
家 族 の 状 況	氏 名	児童との続柄	勤務先・学校名及び電話番号		
利 用 日 保 育 時 間 給 食 希 望 の 有 無	月 日 時 分～ 時 分(給食希望 有・無)				
	月 日 時 分～ 時 分(給食希望 有・無)				
	月 日 時 分～ 時 分(給食希望 有・無)				
	月 日 時 分～ 時 分(給食希望 有・無)				
	月 日 時 分～ 時 分(給食希望 有・無)				
*アレルギー給食の対応は可否を含め各園で異なりますので、希望保育園にご確認ください。					
利用申請理由(具体的に記入してください。)					

\*裏面も記入してください。

利用当日の朝の状況：食事の様子、児童の健康状態など注意することがあれば記入してください。（例 朝食が遅かった。アレルギーなどがあって食べられないものなど）

以前に利用した  
保 育 園 名

.....  
保育園  
.....  
保育園

かかりつけの医院があれば記入してください。

医 院 名  
電 話 番 号

健康保険証

種類( )記号・番号

生活保護の適用

有 無

緊急連絡先

.....  
連 絡 先  
.....  
電 話 番 号 ( )