

（宛先）新発田市長

新発田市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用申込書

新発田市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）を利用したいので、次のとおり申し込みます。

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	(満 歳)		男 ・ 女	
		乳児等支援支給認定番号			
児 童	フリガナ	生 年 月 日		性 別	
	氏 名	(満 歳)		男 ・ 女	
		乳児等支援支給認定番号			
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)				

備考 「家族の状況」欄には、住民票の上で利用児童と同一の世帯に属する者について記入してください。

(※裏面も記入してください。)

(裏面)

食事、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。
(例 アレルギーなどがあって食べられないもの、持病など)

以前に利用した 保 育 園 名	保育園 ----- 保育園
かかりつけ医(医院等)が あれば記入してください。	医院・病院等名 電話番号
健 康 保 険	種類 () 記号・番号
緊急連絡先	連絡先 ----- 電話番号 ()