

乳児等通園支援事業利用申込書

年 月 日

園長 様

申請者 住 所 〒
(保護者)

氏 名 ⑩ 電話 (自宅) —
※記名押印に代えて署名可 (携帯番号)
(職場)

次のとおり乳児等通園支援事業を利用したいので申請します。

児童	ふりがな		生年月日	年 月 日	実 施 施設名	
	氏 名	男・女				

家族の状況

対象児童の世帯員	氏 名		続柄	生年月日	職業(勤務先)	緊急連絡先
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					

利用希望について

利用期間 (月10時間を限度)	・ 単独利用	年 月 希望
	・ 連続利用	年 月 から 年 月 まで希望

その他

児童の送迎者氏名	電話番号(— —)
かかりつけの医療機関	電話番号(— —)
アレルギーについて	☐ 無
	☐ 有 特に注意すること(アレルギー等) ()
疾病・障害について	☐ 無
	☐ 有 ()