

様式第1号(第9条関係)

乳児等通園支援事業利用申込書

年 月 日

嬉野市長 様

申請者 住 所 〒

(保護者)

氏 名 印 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。なお、利用料の審査のため住民基本台帳及び市税の課税状況について嬉野市が調査することに同意します。

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 ～ 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 ()