見附市こども誰でも通園制度（仮称）試行的事業利用登録書

年 月 日

申請者（保護者） 住 所 _____
氏 名 _____

次のとおり見附市こども誰でも通園制度（仮称）を利用したいので申請します。

①	利用を希望する児童	氏名		生年月日（満年齢）	
		(フリガナ)		年 月 日 (歳) ※障害の有無 有 ・ 無	
②	利用を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
③	緊 急 連 絡 先	児童との続柄	氏名	連絡先	
				電話番号： _____	
				電話番号： _____	
④	備 考	園に知っておいてほしいこと等			
確 認 欄	生活保護法に係る公的扶助の支給をされている ☐ 該当する（下の欄もご記入ください） ☐ 該当しない				
	保護者負担額審査のため、担当職員が私の世帯の生活保護に係る公的扶助の受給に関する資料を閲覧及び確認することを ☐ 承諾します ☐ 承諾しません 申請者（保護者）				

（以下記入の必要はありません）

受付日	・	・	負担額	徴収・免除	
-----	---	---	-----	-------	--