

第1号様式（第7条関係）

上越市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者（保護者） 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり上越市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）を利用したいので申請します。

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)			
利用を希望する期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
緊急連絡先	児童との続柄	氏名	連絡先			
			電話番号：			
			電話番号：			
			電話番号：			
			電話番号：			
生活保護	無・有（ 年 月 日開始）					
	承諾欄（被保護世帯の方のみご記入ください。） 保護者負担額の審査のため、 課の職員が私及び私の世帯員の生活保護の実施状況について確認することを承諾します。 申請者（保護者） _____					