

保育利用申込書

年 月 日

十和田市福祉事務所長様

保護者住所
氏名
電話番号

次のとおり、保育の利用を申し込みます。

また、市民税に関する課税資料(必要に応じ世帯分を含む。)、生活保護受給状況、障がいの種類及び程度に関する資料並びにひとり親家庭医療費給付に関する資料を市が確認することに同意します。

利用希望児童	氏名(フリガナ)	生年月日		性別	健康状態等	障がい
				男 女	良好 病弱	有・無
		年月日生				
	アレルギーの有無 (有の場合)	有・無				
利用を希望する施設(事業者)名	第1希望			利用を希望する理由		
	第2希望			利用を希望する理由		
	第3希望			利用を希望する理由		
	希望する施設(事業者)のいずれも利用できない場合、福祉事務所において他の施設(事業者)の利用のための調整を行うことを 希望する・希望しない			特記事項		
利用を希望する期間		年月日から年月日まで				
希望利用時間	平日			時分から	時分まで	
	土曜日			時分から	時分まで	
	日曜日			時分から	時分まで	
家族の状況	氏名	続柄	生年月日	勤務先等		備考
育児休業明けに伴う職場復帰	有(職場復帰の日) 年月日 ・無	過去2年以内に転居した場合の前住所	(住所)			
生活保護の状況	1 適用なし 2 申請中 3 適用あり(年月日)開始					