

様式第1号（第8条関係）

乳児等通園支援事業利用申込書

年 月 日

（宛先）村上市長

申込者 住 所
氏 名
緊急連絡先

乳児等通園支援事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

ふりがな	
児童氏名	
生年月日（年齢）	年 月 日生（ 歳 か月）
支給認定番号	新潟県村上市第 号
支給認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用の状況	利用希望月の累計利用時間数 時間 (今回の申請分の利用希望時間数は含めない。)
利用施設名	山辺里 ・ あらかわ ・ みのり ・ 高南 ・ 山北そらいろ保育園
利用希望日時	年 月 日（ 時 分～ 時 分まで 時間）
食事（おやつ）の提供希望	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし (注意) アレルギーがある場合は提供できませんので、必要な場合は持参してください。
備考	