

乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用申込書

(宛 先) 岡 崎 市 長

令和 年 月 日

保護者住所

保護者氏名

本人が手書きしない場合は記名押印が必要です。

電話番号

次のとおり乳児等通園支援事業の利用を申し込みます。

1 利用する児童

| (ふ り が な) 児 童 氏 名 | 生 年 月 日 | 利 用 施 設 名 |
|-----------------------|-----------|-----------|
| | 平・令 年 月 日 | 保育園 |

2 児童の世帯員（利用する児童を除く同居者全員）

| 氏 名 | 生 年 月 日 | 続柄 |
|-----|-------------|----|
| | 昭・平・令 年 月 日 | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | |

3 利用希望について

(利用できる時間)

- ・利用は、週1回の決まった曜日（原則第1～4週）での定期的な利用となります。
- ・利用可能時間は、月曜日から金曜日の9：00～11：30、13：00～15：30です。
(ただし祝日、12/29～1/3及び円の行事等の日は除く)
- ・給食、おやつの提供はありません。

(利用希望)

下の表に、利用を希望する月を記入してください。

利用したい時間帯の第1希望に○、第2希望に△をつけてください。

希望月：令和 年 月

| 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 午前 | 午前 | 午前 | 午前 | 午前 |
| | | | | |
| 午後 | 午後 | 午後 | 午後 | 午後 |
| | | | | |