

乳児等通園支援事業（子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	

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