

第1号様式（第7条関係）

一時預かり事業利用申込書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

保護者 〒

住所

氏名

電話番号  
緊急連絡先( )

一時預かり事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。  
なお、一時預かり事業利用料の免除決定のため、私及び私と同居している世帯員の保護等受給状況並びに前年度及び当該年度分の市民税課税状況を確認することに同意します。

ふりがな				生 年 月 日
児 童 名				年 月 日
保護者及び 家族の状況 (利用児童 は除く。)	氏 名	続柄	生年月日	勤務先(電話番号)
			・ ・	
			・ ・	
			・ ・	
			・ ・	
利用希望 理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 産前・産後 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 家族介護・看護 ( 年 月 日出産予定・出産) <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 ( 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> リフレッシュ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
利用予定期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
利用予定日				
利用予定時間	時 分から 時 分まで		時間 分	
子ども医療費受給者証の番号	315 ※315～でない者は利用不可			
施設等利用給付認定	<input type="checkbox"/> 認定を受けている <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請しない			

※市記入欄

当該年度の 4月2日の 年齢	歳	利用 料	日額	円×利用日数	日分=	円
保護者の住 所 確 認	住民登録の有無 (蒲郡市) 有 無		年度市民税非課税 母子世帯・父子世帯			
施設等利用給付認定通知書の 有効期間			年 月 日 ~ 年 月 日			