

様式第1号（第3条関係）

乳児等通園支援事業利用申請書兼台帳

令和 年 月 日

会津坂下町長

次のとおり乳児等通園支援事業への登録を申請します。

なお、利用期間中はばんげ保育所長の指示に従います。

保護者氏名 _____

登録番号（令和8年 No. _____）

ふりがな 乳幼児氏名							男 女
生年月日	令和 年 月 日（満 歳）						
ふりがな 保護者氏名							
住 所	(〒 _____) 会津坂下町 (電話番号 _____)						
かかりつけの 医療機関名							
加入健康保険	保険の名称 (_____) 記号・番号 (_____) 被保険者の氏名 (_____)						
備 考							
家庭の状況 (申請児童 を除く)	氏 名	続柄	生年月日	性別	勤務先	連絡先	

【子支班確認事項】 受付印：□ 保育所へ連絡、写し送付：□ 面談日： 月 日 面談日連絡：□
--