

一時預かり事業利用申込書					
					平成 年 月 日
(あて先) 長井市福祉事務所長					
里帰り出産の場合、長井市 住所の祖父または祖母の住 所等を記入してください		保護者 住所 長井市ままの上5-1 氏名 長井 あやめ 電話番号 88-1234			
ふりがな 児童氏名	ながい 長井 つつじ	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	H28年6月4日 (満 1 歳 1 か月)
施設名					
理由	通院のため				曜日が不規則の場合は、具 体的な日にちを記入してくだ さい
預かり期間	29年 7月 4日から 29年 7月21日まで	預かり日	水曜日	曜日	曜日
家族状況 (利用児童除く)	氏名	続柄	年齢	性別	勤務先又は学校名
	長井 太郎	父	30	男	〇〇株式会社
	長井 あやめ	母	28	女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	
緊急連絡先	090-1234-5678(母携帯)、84-1111(父職場)				

重要！日中連絡が付く電話番号を
2つ以上記入。