乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用登録票

年　　月　　日

施設名

住所

保護者氏名

電話番号

乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の利用を希望するので、次のとおり登録いたします。

フリガナ 児童名		生年月日	年　　月　　日	性別
障害者手帳等の有無	無　・　有（　　）			

フリガナ 家族の氏名	児童との 続柄	生年月日	年齢	勤務先 （電話番号）	備考欄 （例：育休中）

※同居されている方、全てご記入ください（欄が足りない場合、余白にご記入ください）。

健康保険証	記号	番号	保険者番号	名称
かかりつけの病院	診療科	病院名	住所	電話番号
	小児科			
	内科			
	外科			
緊急連絡先 （必ず連絡がとれる順番）	氏名	続柄	住所	電話番号
	①			
	②			
	③			
該当区分	□生活保護世帯　□市町村民税非課税世帯			

【注意事項】

上記内容に変更があった場合には、必ず実施施設へお知らせください。

実施施設は、この登録票を確認後、コピーを一部とり、保護者へお渡しください。