

富士見町子育て支援施設等体験プログラム事業利用申請書

年 月 日

富士見町長 様

申請者

住 所

氏 名

富士見町子育て支援施設等体験プログラム事業を利用したいので、申請します。

1. 保護者（マイナンバーカード、運転免許証、保険証等の写しを添付してください。）

氏 名	緊急連絡先（携帯）
	— —
	— —

2. 対象児童【未就学児】（マイナンバーカード、保険証等の写しを添付してください。）

氏 名	生年月日
	年 月 日生

3. 利用希望事業（【】内は各プログラムの利用時間です。利用者氏名、利用希望日等を記入してください。（2）（3）は、希望日のほか、希望する時間帯に○印をしてください。）

(1) 富士見町立保育園入園体験プログラム【8:45～12:00（給食あり）】

※別途、食材摂取状況調査表を提出してください。

※アレルギー等の有無《 無 ・ 有（ ）》

◆利用児童氏名：

月 日（ ）				
--------	--------	--------	--------	--------

(2) 富士見町子育て支援拠点利用体験プログラム【AM(10:00～12:00)・PM(13:00～15:00)】

◆利用者(保護者・児童) 氏名：

月 日（ ） AM・PM				
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

(3) 富士見町ファミリー・サポート・センター利用体験プログラム【AM(10:00～12:00)・PM(13:00～15:00)】

※おやつ、飲み物等については、利用者に用意していただきます。

◆利用児童氏名：

月 日（ ） AM・PM				
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

(4) 子育て相談プログラム【期間中1回1時間以内で利用可能】

◆利用者(保護者) 氏名：

月 日（ ）	: ~ :	相談内容:
--------	-------	-------

※以下は、Uターン希望者で町内の宿泊施設を利用する場合のみ記入してください。

4. 以前、富士見町に住民登録していた方（保護者）の氏名等

氏名	当時の住所
	富士見町
富士見町に住民登録していた期間	年 月 日～ 年 月 日頃
なお、申請にあたり富士見町での住民登録の履歴を確認するため、私及び私の属する世帯の住民基本台帳の記録等を閲覧することについて同意します。	

※住民基本台帳の記録等の閲覧により富士見町での住民登録が確認できない場合は、別途確認できる書類を提出いただく場合があります。

5. 宿泊先

宿泊先名称	
宿泊先電話番号	
宿泊期間	月 日（ ）～ 月 日（ ）

※料金の支払い後に、宿泊料金、宿泊日数、宿泊者氏名がわかる領収書等の写しを提出してください。（宿泊日数、宿泊者氏名の記載がない場合で、町が宿泊先に問い合わせ確認できる場合は、支払金額がわかる領収書等の写しの提出で構いません。）

3. 振込口座

金融機関名		支店名	
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. その他（ ）		
口座番号			
フリカ、ナ			
口座名義人			

以下、町処理欄（記入しないでください。）

◆助成対象者数： _____ 人

◆助成対象日数： _____ 泊

◆助成金計算（決定額）： _____ 円 × _____ 泊 × _____ 人 = _____ 円
_____ 円 × _____ 泊 × _____ 人 = _____ 円