

様式第 8 号 (第 12 条関係)

年 月 日

恵那市長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_

恵那市ファミリー・サポート・センターひとり親世帯児童利用申請書

恵那市ファミリー・サポート・センター事業実施要綱の規定に基づき、恵那市ファミリー・サポート・センターのひとり親世帯児童の利用を申請します。

ふりがな		生年月日	
会員氏名		年 月 日	
住 所	電話番号 ( ) -		
利 用 す る 児 童	ふりがな	続柄	生年月日
	子どもの氏名		
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

※ひとり親世帯児童についての確認書類（福祉医療費受給者証）の写しを添付

※年間 48 時間を上限として通常サポート（1 時間 400 円）の利用料金の額を半額とする。