

子育て・子育て支援課長	子育て・子育て支援担当係長	主務者	受付

処理番号

上田市子育て支援施設(ゆりかご)利用許可申請書

平成 年 月 日

上田市長 殿

住 所 上田市中央 6-5-39

申請者 氏 名 上田 太郎 (印)

電話番号 0268-23-5106

(090- -)

上田市子育て支援施設(ゆりかご)を使用したいので、次のとおり申請します。

曜日

使用申請期間	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()																																
申請理由	日中、家で面倒を見てもらうことができないため。等																																
出産予定出産日 又は 出産日	平成 年 月 日 ()																																
使用者氏名等	<table border="0"> <tr> <td>母</td> <td>上田 花子</td> <td>生年月日</td> <td>昭和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td></td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>子</td> <td>上田 一郎</td> <td>生年月日</td> <td>平成 年 月 日 男・女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>子</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>平成 年 月 日 男・女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>子</td> <td></td> <td>生年月日</td> <td>平成 年 月 日 男・女</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	母	上田 花子	生年月日	昭和 年 月 日		_____		平成 年 月 日	子	上田 一郎	生年月日	平成 年 月 日 男・女		_____			子		生年月日	平成 年 月 日 男・女		_____			子		生年月日	平成 年 月 日 男・女		_____		
母	上田 花子	生年月日	昭和 年 月 日																														
	_____		平成 年 月 日																														
子	上田 一郎	生年月日	平成 年 月 日 男・女																														

子		生年月日	平成 年 月 日 男・女																														

子		生年月日	平成 年 月 日 男・女																														

帰省先住所等	<p>上田市中央 6-5-39</p> <p>信州 太郎 方(続柄 父) 0268-23-5106</p>																																
出産病院名	上田市立産婦人科病院 電話番号 0268-22-1573 担当医師名																																

保険証と母子手帳をお持ちください。

子育て・子育て 支援課長	子育て・子育て 支援担当係長	主務者	受付

処理番号

上田市子育て支援施設(ゆりかご)利用許可申請書

平成 年 月 日

上田市長 殿

住 所

申請者 氏 名

印

電話番号

上田市子育て支援施設(ゆりかご)を使用したいので、次のとおり申請します。

使用申請期間	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 ()
申請理由	
出産予定日 又は 出産日	平成 年 月 日 ()
使用者氏名等	母 生年月日 昭和 年 月 日 _____ 平成 年 月 日 子 生年月日 平成 年 月 日 男・女 _____ 平成 年 月 日 子 生年月日 平成 年 月 日 男・女 _____ 平成 年 月 日 男・女 子 生年月日 平成 年 月 日 男・女 _____ 平成 年 月 日
帰省先住所等	上田市 方(続柄)
出産病院名	電話番号 担当医師名

保険証と母子手帳をお持ちください。