

令和 年度 『また あした』利用申込書

令和6年4月1日現在

児童	ふりがな 氏名	-----	男・女	生年月日	
	住所	〒 -			
	電話番号	- -			
	学校名		学年・組	年	組

アレルギーの有無	有・無	詳細 -----
持病の有無	有・無	
その他特記		

家族状況 (同居家族全員)	ふりがな 氏名	続柄	勤務先名称	勤務先所在地	勤務先電話番号	勤務時間	携帯番号
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -

緊急連絡先(日中の連絡先)

① 続柄	連絡先
② 続柄	連絡先
③ 続柄	連絡先
④ 続柄	連絡先

利用予定日(利用希望箇所に○をつけてください。)
長期休暇のみの利用はできません。

平日:	月	火	水	木	金	土	祝日
長期休暇:	月	火	水	木	金	土	祝日
その他:	創立記念日等の閉校日						

※この情報は「また あした」の運営・市役所提出用資料作成に利用させていただきます。
なお、情報については守秘義務をもとに厳重保管し、目的以外には使用いたしません。

保護者氏名

印

令和 ○○ 年度 『また あした』利用申込書

見本

令和6年4月1日現在

児童	ふりがな 氏名	あした はなこ 明日 花子	男(女)	生年月日	H29.11.19
	住所	〒409-3844 中央市臼井阿原1658-4			
	電話番号	055 - 288 - 1704			
	学校名	田富北小学校	学年・組	1年4組	

アレルギーの有無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	詳細 花粉
持病の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
その他特記		

家族状況 (同居家族全員)	ふりがな 氏名	続柄	勤務先名称	勤務先所在地	勤務先電話番号	勤務時間	携帯番号
	あした たろう 明日 太郎	父	(株)○○	甲府市○○	055-123-4567	8:00~19:00	090 - 1234 -5678
	あした りょうこ 明日 良子	母	(株)○○	中央市○○	055-987-6543	8:30~17:30	090 - 9876 -5432
	あした まさこ 明日 正子	妹	年長	△△保育園	- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -
					- -	: ~ :	- -

緊急連絡先(日中の連絡先)

① 続柄	母	090-9876-5432
② 続柄	母職場	055-987-6543
③ 続柄		
④ 続柄		

利用予定日(利用希望箇所に○をつけてください。)
長期休暇のみの利用はできません。

平日:	<input checked="" type="radio"/> 月	<input type="radio"/> 火	<input type="radio"/> 水	<input type="radio"/> 木	<input type="radio"/> 金	<input type="radio"/> 土	<input type="radio"/> 祝日
長期休暇:	<input type="radio"/> 月	<input type="radio"/> 火	<input type="radio"/> 水	<input type="radio"/> 木	<input type="radio"/> 金	<input type="radio"/> 土	<input type="radio"/> 祝日
その他:	創立記念日等の閉校日						

※この情報は「また あした」の運営・市役所提出用資料作成に利用させていただきます。
なお、情報については守秘義務をもとに厳重保管し、目的以外には使用いたしません。

保護者氏名

明日 太郎



万が一怪我などをした場合、緊急で病院につれて行くこともありますので、保険証と併せて受給者証の添付もお願い致します。
※両方ともコピーしたもので構いません。

病院受診の際にレントゲン検査の可能性があります。
ご了承の上、どちらかに○をつけてください。

レントゲン検査に関して 同意する ・ 同意しない

保険証“表”
貼り付け欄

保険証“裏”
貼り付け欄

受給者証
貼り付け欄