足　福　第　　　号

　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　様

足寄町長

学童保育所等入所承諾書

　申込みのありました保育所等への入所について次のとおり承諾いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保育所名 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学校  学年 |  | | | | 性別 | |  | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 利用希望月  負担月額(円) |  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 備　　　　考 | 備考：１　利用者負担額は、各月２５日までに納入して下さい。  なお、納期限が土・日曜日(祝・祭日含む)の場合は、翌日が納期限となりま  す。  ２　利用者負担の月額について、変更のあった場合はその旨通知いたします。  ３　保育所等入所申込書の記載事項に変更が生じた場合には、速やかにその旨を  届けて下さい。  ４　保育の実施期間中であっても保育所等へ入所できる基準に該当しなくなった  場合には、保育の利用を解除いたします。 | | | | | | | | | | | | | | | |

問い合わせ先

　　　　　　　　　　　　　　　　足寄町福祉課

　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　電話