

神戸市立ふたば学舎
「子育て世帯への食を通じたつながり支援」
令和6年度の【新規利用】申し込み書

別紙案内書の内容につき、了承のうえ以下の通り申し込みます。

氏名（受け取り者本人）	ふりがな（ <input type="text"/> ）	世帯人数合計	年齢
	<input type="text"/>	人	歳
代理人 ①	ふりがな（ <input type="text"/> ）	本人との関係	年齢
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳
代理人 ②	ふりがな（ <input type="text"/> ）	本人との関係	年齢
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳
対象となるお子様の名前 ①	ふりがな（ <input type="text"/> ）	学校名／学年	年齢
	※下のお名前のみで結構です	<input type="text"/>	歳
対象となるお子様の名前 ②	ふりがな（ <input type="text"/> ）	学校名／学年	年齢
	※下のお名前のみで結構です	<input type="text"/>	歳
対象となるお子様の名前 ③	ふりがな（ <input type="text"/> ）	学校名／学年	年齢
	※下のお名前のみで結構です	<input type="text"/>	歳
対象となるお子様の名前 ④	ふりがな（ <input type="text"/> ）	学校名／学年	年齢
	※下のお名前のみで結構です	<input type="text"/>	歳
対象となるお子様の名前 ⑤	ふりがな（ <input type="text"/> ）	学校名／学年	年齢
	※下のお名前のみで結構です	<input type="text"/>	歳
本人住所	<input type="text"/>		
代理人住所 （本人と住所が異なる場合）	<input type="text"/>		
電話番号	<input type="text"/>		
メールアドレス（ご記名の方のみ、新たなご案内があればお送りします）	<input type="text"/> @		

○上記空欄に必要事項を全てご記入の上、該当者全ての保険証(※)を添えてご提出ください。
 → (※保険証の他に世帯証明が可能な書類があればご相談ください)

自由記入欄（現在のお困りごとや相談事などがあればご自由にご記入ください）

問合せ先：神戸市立ふたば学舎 TEL 0 7 8 - 6 4 6 - 8 1 2 8（月曜休館日）