

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5年度の利用申し込み書

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（ ）	世帯人数合計	年齢
		人	歳
代理人 ①	ふりがな（ ）	本人との関係	年齢
			歳
代理人 ②	ふりがな（ ）	本人との関係	年齢
			歳
対象となるお子様の名前 ①	ふりがな（ ）	学校／学年	年齢
			歳
対象となるお子様の名前 ②	ふりがな（ ）	学校／学年	年齢
			歳
対象となるお子様の名前 ③	ふりがな（ ）	学校／学年	年齢
			歳
対象となるお子様の名前 ④	ふりがな（ ）	学校／学年	年齢
			歳
対象となるお子様の名前 ⑤	ふりがな（ ）	学校／学年	年齢
			歳
本人住所	〒		
代理人住所 （代理人が別居家族の場合）	〒		
電話番号（受け取り者本人）			
メールアドレス（受け取り者本人）			

○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）