

*保護者記入欄（必ず記入してください）

入園施設名						
フリガナ 児童氏名						
生年月日	年	月	日	年	月	日

出 産 予 定 届

記入日：令和 年 月 日

（あて先）松戸市長

保護者氏名 _____

下記のとおり出産の予定があるので報告します。

出産予定日	令和 年 月 日（予定）
今後の予定	<input type="checkbox"/> 産後休暇後復職 <input type="checkbox"/> 育児休暇後復職 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※ 添付書類として、「母子健康手帳の写し（出産予定日が記載されているページ）」を提出してください。

※ 施設等利用給付認定期間は、上記の出産予定日の前後2か月（56日後の月末日まで）となります。

※ 認定期間終了後は、施設等利用給付認定第1号認定に変更となります。他に保育要件があり、第2号又は第3号認定を希望する場合は、施設等利用給付認定変更申請手続きが必要です。