

杵築市乳児等通園支援事業利用認定申請書

杵築市長 殿

杵築市乳児等通園支援事業を利用するため、杵築市乳児等通園支援事業実施要綱第8条第1項の規定により、以下の事項に同意の上、次のとおり申請します。(内容を確認してチェック「✓」を記入してください)

1	利用できるこどもの年齢は、生後6か月から3歳の誕生日の前々日までです。
2	利用可能時間は子ども1人につき、1月当たり10時間が上限です。
3	認可保育所、認定子ども園、地域型保育事業所又は企業主導型保育事業所に在籍していません。
4	3の施設に入所(在籍)した時点で、この制度を利用できなくなることを理解しています。
5	利用する事業所と本市で必要な情報を相互提供することについて同意します。
6	本市が利用資格の照合のために必要な情報の閲覧、利用料の特例の要件の確認をすることに同意します。
7	利用する事業所の予約状況などによっては、希望する日に利用できないことがあります。
8	利用料金及び利用する事業所の定める利用時間に係るキャンセルポリシーを遵守します。

利用を希望するこどもの数		人		
利用子ども1	フリガナ		生年月日	
	氏名		申請日時点の年齢	
障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類:)			
利用子ども2	フリガナ		生年月日	
	氏名		申請日時点の年齢	
障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類:)			
利用子ども3	フリガナ		生年月日	
	氏名		申請日時点の年齢	
障害の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類:)			
利用を希望する施設				

保護者1 (主に連絡を取る方)	住所	〒		
	フリガナ		子どもから見た続柄	
	氏名		電話番号	
	生年月日		メールアドレス	
保護者2	フリガナ		子どもから見た続柄	
	氏名		電話番号	
	生年月日			
利用料の特例の適用の申請の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(生活保護世帯) <input type="checkbox"/> 有(市民税非課税世帯)			