

丹波市乳児等通園支援事業利用認定申請兼利用申込書

申請日： 令和 年 月 日

丹波市長 様

丹波市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）を利用したいので、以下の事項に同意の上、次のとおり申請します。

【確認事項】 次の各事項を読み、チェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	市が市町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報の閲覧等の資料を閲覧及び調査することに同意します。
<input type="checkbox"/>	市が利用資格の確認のために認定こども園等の利用状況について確認を行うことがあることに同意します。 申請者に確認依頼があった場合は協力します。
<input type="checkbox"/>	利用施設と市で必要な情報を共有することがあることに同意します。 また、関係市町村と当市においても必要な情報を共有することに同意します。
<input type="checkbox"/>	利用できる年齢及び期間は生後6か月～3歳の誕生日の前日、又は認定こども園等に入所する日までであることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	利用可能時間の上限が月10時間であることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	申込状況によっては、希望する日に利用できないことがあることに同意します。
<input type="checkbox"/>	利用決定した場合、利用開始までの間に、施設において面談を必ず受けます。 面談の結果、集団保育が著しく困難であると判断された場合は利用ができない場合があることに同意します。
<input type="checkbox"/>	施設の指定する方法で、利用料を支払います。
<input type="checkbox"/>	保護者が責任を持って送迎を行います。
<input type="checkbox"/>	キャンセルする場合は利用日の前日（月曜日利用の場合は前週の金曜日）17時までに施設に連絡します。
<input type="checkbox"/>	丹波市や利用施設からのアンケート調査等に協力します。
<input type="checkbox"/>	利用にあたって、施設と事前に取り決めた約束事や決まりについては必ず守ります。

利用を希望する施設	認定こども園ふたば
利用希望期間（認定期間）	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

申請者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	<div><input type="checkbox"/>昭和 ・ <input type="checkbox"/>平成</div> <div>年 月 日</div>	児童から 見た続柄	<div><input type="checkbox"/>父・<input type="checkbox"/>母・</div> <div>その他（ ）</div>
	現住所	<div>〒 —</div> <div>兵庫県丹波市</div>		
	本年1月1日時点の住所	<div><input type="checkbox"/>現住所と同じ</div> <div><input type="checkbox"/>現住所と異なる</div>	<div>〒 —</div>	
	電話番号	<div><input type="checkbox"/>父携帯</div> <div><input type="checkbox"/>母携帯</div> <div><input type="checkbox"/>自宅</div> <div><input type="checkbox"/>その他（ ）</div>		
	メール アドレス			

認定を受けようとする児童	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		年齢	満 歳
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
	その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等： <input type="checkbox"/> 指示書等の添付 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（医師の診断又は指示 <input type="checkbox"/> 添付有り <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：	
世帯の属性		<input type="checkbox"/> 専業主婦（主夫）の世帯 <input type="checkbox"/> 産休・育休・介護休業取得中の世帯 <input type="checkbox"/> 保護者のいずれかが短時間（勤務時間が月64時間未満）又は不定期に就労している世帯 <input type="checkbox"/> その他（			
認定こども園等の在籍・申請状況		<input type="checkbox"/> 在籍していません <input type="checkbox"/> 入所申請中です（令和 年 月 日から利用希望） <input type="checkbox"/> 入所申請中ですが、現在保留中です <input type="checkbox"/> 入所が内定・決定しています （入所（予定）日：令和 年 月 日） （入所施設：） ※認定こども園等に入所（在籍）した時点で、乳児等通園支援事業の利用は終了します。			
一時保育利用経験の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （施設名：）			
転入前の市町村での利用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

----- 市・施設記入欄 -----

認定期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
施設面談日時	面談日：令和 年 月 日 時 間：□午前 ・ □午後 時 分 ～ □午前 ・ □午後 時 分
施設面談時記録	
備考	