

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。

☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	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。
☐	施設の指定する方法で、利用料を支払います。
☐	保護者が責任を持って送迎を行います。
☐	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。
☐	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。
☐	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	☐昭和 ・ ☐平成 年 月 日	児童から 見た続柄	☐父・☐母・ その他（ ）
	現住所	〒 ー 兵庫県丹波市		
	本年1月1日時点の住所	☐現住所と同じ ☐現住所と異なる	〒 ー	
	電話番号	☐父携帯 ☐母携帯 ☐自宅 ☐その他（ ）		
	メールアドレス			

