

令和 年度阿武町乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）支援給付認定申請書

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

阿武町長 様

令和8年度阿武町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、次の事項に同意の上、申請します。

【同意事項】	
<input type="checkbox"/>	1 本事業を利用できるのは阿武町に住民票がある0歳6か月から3歳の誕生日の前々日までの児童であることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	2 利用可能時間は月10時間までであること、1時間単位の利用となること、当月余り時間を翌月に繰り越したり翌月分を繰り上げて利用することはできないことを確認しました。
<input type="checkbox"/>	3 利用予約後に当日キャンセルしたときは予約時間分を利用したこととすることに同意します。
<input type="checkbox"/>	4 利用児童は保育所等の児童福祉施設に在籍していません。
<input type="checkbox"/>	5 初回利用のときは利用前面談（利用者と施設が面談し、こどもの状況確認や施設見学、条件等を話し合うもの）を行うことを確認しました。
<input type="checkbox"/>	6 町が本事業の実施に必要な情報（市町村民税の情報、生活保護受給に関する情報、障害者手帳等に関する情報及び世帯情報など）を閲覧すること、施設と相互提供することがあることに同意します。
<input type="checkbox"/>	7 利用に当たっては施設との約束事や決まりについて必ず守ります。
<input type="checkbox"/>	8 利用児童の送り迎えは保護者が責任をもって行います。
<input type="checkbox"/>	9 利用児童が保育所等へ入所する場合、他市町村へ転出する場合は消滅届を提出します。

住所	〒 ー 阿武町大字		
申請者 (保護者1)	ふりがな		生年月日 年 月 日
	氏名		電話番号 自宅 ー ー 携帯() ー ー
(保護者2)	ふりがな		生年月日 年 月 日
	氏名		電話番号 自宅 ー ー 携帯() ー ー

児 童	ふりがな		生年月日	性別
	氏名		令和 年 月 日	男・女
※別紙「児童状況チェック表」をご記入ください。				

転入前市町村での 利用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
------------------	---

※転入されて来た方のみ記入してください。

既に認定を受けて いる児童の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------------------	---

※既に保育所等の児童福祉施設に在籍している兄弟姉妹がいるかどうか記入してください。

【役場処理欄】

受付印	障がい	医療的ケア児	要支援家庭児	アレルギー		処理	担当