様式第１号（第９条関係）

年　　月　　日

鹿沼市長　宛

申請者（保護者等）

住　　所

氏　　名

電話番号

乳児等通園支援事業利用申請書

　鹿沼市乳児等通園支援事業を利用したいので、鹿沼市乳児等通園支援事業実施要綱第９条第１項の規定により次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用児童 | (フリガナ)氏名 | 生年月日（満年齢） | 利用開始希望日 |
| (　　　　　　　　　) | 年　　月　　日（　　　歳） | 年　　月　　日　 |
| (　　　　　　　　　) | 年　　月　　日（　　　歳） | 年　　月　　日　 |
| アレルギー | 有（　　　　　　　　　）・無症状・対応を記入してください | その他 | １．該当するものがあれば、○で囲んでください脱臼・てんかん・ぜんそく・アトピー性皮膚炎・熱性けいれん・その他（　　　　　　　　　　　　）２．健診の結果や心身の発達で、心配なことがあれば記入してください。 |

 申請にあたって同意していただく事項

１　認可保育所、認定こども園、幼稚園、地域型保育事業所、企業主導型保育施設を利用している場合は、申請できません。

２　審査にあたって必要があると認めるときは、公簿等を閲覧することがあります。

３　申請書等に記載した内容は、事業に関する情報として必要と認められる場合に、本事業を実施している施設・事業者に提供することがあります。

４　１か月の利用時間は１０時間が上限です。１０時間を超えての利用分については、本事業の対象外です。

５　同月に複数の事業実施施設を利用することはできません

６　申請内容が事実と相違した場合は、利用を取り消すことがあります。

７　利用承認後、承認通知書の内容に変更が生じた場合は、すみやかに鹿沼市乳児等通園支援事業利用認定変更（取り下げ）届出書を提出してください。