

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。