

様式第4号 (第9条関係)

年 月 日

猪名川町長 様

乳児等通園支援事業利用認定申請書

猪名川町乳児等通園支援事業の利用について、猪名川町乳児等通園支援事業実施要綱第9条に基づき申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ			生年月日	
	氏名				
	現住所	〒		利用児童との続柄	
	本年1月1日 時点の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる	〒		
	電話番号		メールアドレス		
	利用料減免 の申請	☐ 有 ☐ 生活保護世帯 ☐ 市町村民税非課税世帯 ☐ 無			

利用希望 人数		利用希望 事業所		利用開始希望 日	
利用児童 ①	フリガナ				生年月日
	氏名				性別
	障害者手帳 等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る 手当等の 受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金	
	配慮すべき 事項の有無	☐ 有 ☐ 無	配慮すべき 事項の詳細	☐ 疾患等 *診断名及び必要となる配慮等 () ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー *医師の診断及び指示 () ☐ 生活管理指導表の添付 ☐ その他 *具体的に記載 ()	

利用児童 ②	フリガナ				生年月日	
	氏名				性別	
	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金		
	配慮すべき事項の有無	☐ 有 ☐ 無	配慮すべき事項の詳細	☐ 疾患等 *診断名及び必要となる配慮等 () ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー *医師の診断及び指示 () ☐ 生活管理指導表の添付 ☐ その他 *具体的に記載 ()		
利用児童 ③	フリガナ				生年月日	
	氏名				性別	
	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金		
	配慮すべき事項の有無	☐ 有 ☐ 無	配慮すべき事項の詳細	☐ 疾患等 *診断名及び必要となる配慮等 () ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー *医師の診断及び指示 () ☐ 生活管理指導表の添付 ☐ その他 *具体的に記載 ()		

(確認・同意事項) ☐利用できる年齢は生後6か月から3歳の誕生日の前々日までであることを確認しました。 ☐利用時間の上限が月10時間であることを確認しました。 ☐利用児童は、保育所、認定こども園、地域型保育事業所又は企業主導型保育事業所を利用していません。 ☐事業の利用にあたり必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。 ☐利用する事業所と猪名川町の間で事業の実施に必要な範囲で申請情報を共有することに同意します。
--