

様式第 1 号(第 6 条関係)

那珂川町乳児等通園支援事業利用登録申請書

年 月 日

那珂川町長 様

那珂川町乳児等通園支援事業の利用を下記のとおり申請します。

情報閲覧・共有 の同意	☐ 事業の利用登録に当たり、必要な町民税及び世帯状況、申請者等の情報を町が閲覧することに同意します。
	☐ 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、住所地の市町村と関係市町村が申請者及び児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報を共有することに同意します。

申請者 (保護者) ※子どもと同居している方	ふりがな		性別	男 女	生 年 月 日		子どもとの続柄	
	氏 名							
	現住所	〒						
	電話番号		メール アドレス					
前自治体での利用の有無	☐ あり ☐ なし	右欄(1)～(2)への該当 ☐ あり (1 2) ※いずれかに○ ☐ なし			(1)生活保護世帯 (2)町民税非課税世帯			
既に利用登録の承認を受けている子どもの有無	☐ あり ☐ なし							
利用開始希望日	令和 年 月 日							

利用を希望する子どもについて

(該当する項目に☑、その他は()内に具体的に記入すること。)

1	ふりがな		性 別	男 女	生 年 月 日		続 柄	
	氏名							
	現住所	☐ 申請者と同じ 〒						
配慮すべき事項について			☐ 疾患等 (診断名等及び必要となる配慮について記入) [] 指示書添付 あり / なし ☐ 食物アレルギー (医師の診断および指示について記入) [] 管理指導票 あり / なし ☐ その他 (具体的に記入) []					
2	ふりがな		性 別	男 女	生 年 月 日		続 柄	
	氏名							
	現住所	☐ 申請者と同じ 〒						
配慮すべき事項について			☐ 疾患等 (診断名等及び必要となる配慮について記入) [] 指示書添付 あり / なし ☐ 食物アレルギー (医師の診断および指示について記入) [] 管理指導票 あり / なし ☐ その他 (具体的に記入) []					