

甲府市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）
利用（変更）申請書

申請日 年 月 日

（あて先）甲府市長

甲府市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、以下の事項に同意の上、次のとおり申請します。（内容を確認してチェックを入れてください。）

- ☐ 利用施設と市で必要な情報を相互提供することがあることに同意します。
- ☐ 市が利用資格の確認のために必要な住民登録の閲覧や、認可保育所等の利用状況について確認を行うことがあることに同意します。
- ☐ 利用施設の指定する方法で、利用料を支払います。
- ☐ 保護者が責任をもって送り迎えを行います。
- ☐ 甲府市や利用施設からのアンケート調査等に協力します。
- ☐ 利用にあたって、施設と事前に取り決めた約束事や決まりについては必ず守ります。

保 護 者	ふりがな		個人番号			
	氏 名		生年月日	年	月	日生
			連絡先電話番号	()	()	
	住 所	甲府市				
児 童	ふりがな		個人番号			
	氏 名		生年月日	年	月	日生
			保護者との続柄		性別	男・女
	アレルギー の情報	有・無 ()				
	障害等の 情報	有・無 (障害者手帳所持・特別児童扶養手当受給対象児童・ 障害児通所給付受給対象児童・医師の診断書)				
	その他 特記事項	有・無 ()				

※受理施設記入欄

受付年月日	年 月 日	
施設（事業者） 名称		
担当者	氏 名	
	電話番号	
利用の可否	可 ・ 否	
障害児加算の場合の 加 配 職 員 氏 名		
備 考		

※市記入欄

受理年月日	年 月 日		
利用の可否	可 ・ 否	利用者番号	
		利用決定日	年 月 日
否とする理由			
障害児加算の 有無	有 ・ 無		
備 考	☐ 決定 ☐ 通知		