

様式第 1 号（第 8 条関係）

年 月 日

いの町長 様

申請者（保護者等）

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

いの町乳児等通園支援事業利用申請書

いの町乳児等通園支援事業を利用したいので、いの町乳児等通園支援事業実施要綱第 8 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）	利用希望期間
	()		年 月 日 (歳)	年 月 日～ 年 月 日
	()		年 月 日 (歳)	年 月 日～ 年 月 日
	()		年 月 日 (歳)	年 月 日～ 年 月 日
緊急 連絡先	児童との 続柄	氏名		電話番号
保護者 同意欄	※内容をご確認の上、チェックをしてください。			
	☐	通園前及び通園期間中に受診した町の乳幼児健診、療育相談等の児童の発達状況について、医療機関や関係機関（ほけん福祉課、保育園・認定こども園、地域子育て支援センター、こども家庭センター等。以下同じ。）に必要な情報を照会・提供すること。		
	☐	通園期間中の児童の状況等について、関係機関に必要な情報を照会・提供すること。		
	☐	継続的な子どもの育ちを支えるため、町内保育園・認定こども園等の入園時に、いの町乳児等通園支援事業を利用した際の児童の様子等の情報を提供すること。		