

鹿沼市長 宛

申請者（保護者等）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

鹿沼市乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

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。
世帯の状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯		

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・事業者へ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 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。
- 6 支給認定後、認定証の内容に変更が生じた場合は、すみやかに鹿沼市乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定変更届出書を提出してください。
- 7 生活保護世帯は、生活保護受給証明書を添付してください。