

川越市乳児等通園支援事業利用登録申請書兼児童台帳

年 月 日

(宛先)川越市長

代表 保護者 氏名	フリガナ	TEL	父
		Mail	母
申込 児童名	フリガナ	性別	生年月日
			令和 年 月 日
住所	〒		
児童の 家庭 状況 (申込児童除く)	氏名	児童との続柄	(上段)生年月日／(下段)職業等
	フリガナ		年 月 日
	フリガナ		年 月 日
	フリガナ		年 月 日
	フリガナ		年 月 日
	フリガナ		年 月 日
世帯 状況	☐ 生活保護世帯(受給者証の写しを添付) ☐ 市民税非課税世帯又は市町村民税所得割額が77,101円未満の世帯 (課税(非課税)証明書を添付) ☐ いずれにも該当しない		

利用希望 開始日	年 月 日			
緊急 連絡先	氏名(父母以外)	続柄	電話番号	居住市町村
こどもの 障害等 の情報	☐ 有 ⇒ 有の場合はこどもの障害等の情報がわかる書類を添付 (特別児童扶養手当受給者証、障害者手帳、障害や発達に係る医師の診断書、通所受給者証等) ☐ 無			

以下の各事項をよく読み、チェックを入れてください。

- ☐ この申請書の内容について、希望する保育施設に情報提供されることに同意します。
- ☐ 利用に当たり必要な市区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。
- ☐ 申込児童は、認可保育施設(保育所、認定こども園、地域型保育事業)又は企業主導型保育事業所を利用していません。
- ☐ 制度概要について、市HP等によりよく確認しました。
- ☐ 川越市乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)の利用におけるキャンセルポリシーを確認しました。
- ☐ 保護者が責任をもって、時間厳守のうえこどもの送り迎えを行います。