

港区版こども誰でも通園事業利用申請書

年 月 日

（宛先）港区長

〒 _____
 申請者 住 所
 ふりがな
 氏 名
 電 話
 メールアドレス

港区版こども誰でも通園事業の利用決定を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 港区版こども誰でも通園事業の利用にあたり必要な市区町村民税及び世帯情報、申請者等の情報を閲覧することに同意します。 <input type="checkbox"/> 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、住所地の市区町村と関係市区町村が申請者及び申請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。
------------	--

利用申請をする児童 (1人目)	ふりがな					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
	その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細		<input type="checkbox"/> 疾患等 (診断名等及び必要となる配慮等：) <input type="checkbox"/> 指示書等の添付 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (医師の診断及び指示) <input type="checkbox"/> 生活管理指導表を添付 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載：)	
利用を希望する施設						
利用を希望する日時 (保育園)	__曜日	__時__分から__時__分				
<small>(週2日・1日3時間利用もしくは週1日・1日6時間利用) ※利用時間は9:00から17:00までです。</small>	__曜日	__時__分から__時__分				
利用を希望するクラス (幼稚園)	<input type="checkbox"/> 月・木曜クラス		<input type="checkbox"/> 火・金曜クラス			
利用申請をする児童 (2人目)	ふりがな					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金	
	その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細		<input type="checkbox"/> 疾患等 (診断名等及び必要となる配慮等：) <input type="checkbox"/> 指示書等の添付 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (医師の診断及び指示) <input type="checkbox"/> 生活管理指導表を添付 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載：)	
利用を希望する施設						
利用を希望する日時 (保育園)	__曜日	__時__分から__時__分				
<small>(週2日・1日3時間利用もしくは週1日・1日6時間利用) ※利用時間は9:00から17:00までです。</small>	__曜日	__時__分から__時__分				
利用を希望するクラス (幼稚園)	<input type="checkbox"/> 月・木曜クラス		<input type="checkbox"/> 火・金曜クラス			
多胎児の場合の利用希望 (該当する場合のみ チェック)	<input type="checkbox"/> 2人以上の空き定員があり、2人それぞれ利用できる場合のみ利用を希望する (→2人でひとつの抽選番号とします) <input type="checkbox"/> 1人しか利用できない場合でも利用を希望する (→1人ひとつの抽選番号とします)					

【区使用欄】

受付番号	受理年月日	担当課			備考欄
		担当者	係長	課長	