

臼杵市こども誰でも通園制度(乳児等通園支援事業) 利用申込書

令和 7 年 月 日

臼杵市長 様

臼杵市こども誰でも通園制度(乳児等通園支援事業)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)。裏面の児童情報連絡票に利用児童の情報をご記入ください。

- 1. 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。
- 2. 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。申請者に確認依頼があった場合は協力します。
- 3. 複数の施設を利用できないことに同意します。
- 4. 利用できる年齢は生後6カ月～3歳の誕生日の前々日までであることを確認しました。
- 5. 利用可能時間の上限が月10時間であることを確認しました。
- 6. 申込状況や施設の状況によっては、希望する日に利用できないことがあることに同意します。
- 7. 利用決定した場合、利用開始までの間に、施設において面談を必ず受けます。面談の結果、集団保育が著しく困難であると判断された場合は利用ができない場合があることに同意します。
- 8. 施設の指定する方法で、利用料を支払います。
- 9. 保護者が責任を持って送り迎えを行います。
- 10. キャンセルする場合は利用日の前日(日曜・祝日の翌日利用の場合は直前の土日祝日を除く平日)17時までに施設に連絡します。
- 11. 利用日の前日(日曜・祝日の翌日利用の場合は直前の土日祝日を除く平日)17時以降にキャンセルした場合、予約していた時間分の利用可能時間が減少し、利用料を負担することに同意します。
- 12. 予約した時間を超過して利用した場合は、超過時間の端数が30分未満であっても30分利用したものとみなすことに同意します。
- 13. 臼杵市からのアンケート調査等に協力します。
- 14. 利用にあたって、施設と事前に取り決めた約束事やきまりについては必ず守ります。
- 15. 申請内容が事実と相違しているまたは制度の対象者ではないことが判明した場合や、上記事項が守られない場合は、利用資格が取消となり、利用料金に加え、別途料金が発生することがあります。その場合、発生した料金を支払いします。

利用を希望する施設				
利用児童	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名			
	生年月日	年 月 日	令和7年4月1日時点の年齢	歳
保護者1 (申請者)	ふりがな		子どもから見た続柄	父 ・ 母 ・ その他()
	氏名			
	住所	臼杵市		
保護者2	ふりがな		子どもから見た続柄	父 ・ 母 ・ その他()
	氏名			
	生年月日	年 月 日	携帯電話	
世帯の属性	<input type="checkbox"/> 専業主婦(主夫)の世帯 <input type="checkbox"/> 育児休業取得中の世帯 <input type="checkbox"/> 保護者のいずれかが短時間(勤務時間が月64時間未満)又は不定期に就労している世帯 <input type="checkbox"/> その他()			
世帯状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 世帯の当該年度市町村民税所得割課税額合計が77,100円以下の世帯 <input type="checkbox"/> 世帯の当該年度市町村民税が非課税の世帯 <input type="checkbox"/> いずれにも該当しない ※ 生活保護世帯の場合は「生活保護適用証明書」を利用施設に提示してください。			
利用児童以外のきょうだいの人数	人	<input type="checkbox"/> 多胎児がいる世帯である		
一時預かり(一時保育)利用経験の有無	<input type="checkbox"/> あり(施設名:)			
保育所等の在籍・申請状況	認可保育所・幼稚園・認定こども園・地域型保育事業施設・企業主導型保育施設の在籍状況 <input type="checkbox"/> 在籍していません <input type="checkbox"/> 入所申請中です (年 月 日から利用希望) (入所希望施設) ※ 保育所等に入所(在籍)した時点で、この制度の利用は終了します。			

