

様式第 1 号（第 8 条関係）

年 月 日

坂井市長

申請者（保護者等）

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

坂井市乳児等通園支援事業利用申請書

坂井市乳児等通園支援事業を利用したいので、坂井市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。

	(フリガナ) 氏 名		生年月日 (満年齢)	
利用児童	()		年 月 日 (歳)	
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市の乳幼児健診、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（保育課、子ども福祉課、児童相談所等）に必要な情報を照会及び提供すること		
	☐	通園期間中の児童の状況について、気になることがある場合には、関係機関に必要な情報を照会及び提供すること		
	☐	継続的な子どもの育ちを支えるため、市内保育園等に入園する際に、乳児等通園支援事業を利用した時の状況等を園に提供すること		