令和８年度中野区乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用申込書

令和　年　月　日

中野区乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）について、下記のとおり申し込みます。

１．申込者（保護者）

住所	東京	(都)道府県	中野	(区)市町村			丁目		番		号
	（建物の名称・部屋番号等）										
ﾌﾘｶﾞﾅ				電話番号			乳児等支援給付認定	□ 申請済み □ 未申請			
氏名											

２．緊急連絡先

	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	児童との続柄	本人電話番号	勤務先名称	勤務先電話番号
（1）					
（2）					
（3）					

３．利用希望児童

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	生年月日	年齢 （申込時点）	続柄	確認事項 （チェックボックスに✓）
	年　月　日	歳 か月	第　子	□ 本児童は保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育事業、企業主導型保育事業に通園・在籍していません。
本児童は認証保育所に通園、又は在籍していますか？		□ はい　【施設名称】（　　） □ いいえ		
本児童は利用申込を行う施設以外の乳児等通園支援事業所を利用していますか？		□ はい　【施設名称】（　　） □ いいえ		

４．申込先

実施施設名（園名）	なかよしの森こども園

（次のページにもご記入ください）

５．利用パターン

※それぞれの利用パターンについて「第１希望」、「第２希望」、「希望しない」のいずれかに〇をつけてください。

※利用を希望するパターンが１つだけの場合は、希望するパターンの「第１希望」と、もう一方の「希望しない」に〇を付けてください。

利用パターン	いずれかに〇をつけてください。
パターン①　原則、火・木曜日 午前９時３０分から15時３０分まで（1日６時間まで）	第１希望　・　第２希望　・　希望しない
パターン②　原則、水・金曜日 午前９時３０分から15時３０分まで（1日６時間まで）	第１希望　・　第２希望　・　希望しない

６．児童の健康状態及び発育状況

※お子さんのご様子について、該当項目のすべてにご記入ください。

（乳児等支援給付認定の申請時にご申告いただいたお子さんの状況については、利用施設にもお伝えください。）

（1）出生時の状況 出産週数（第　　週）　出生時体重（　　グラム）
（2）現在までに大きな病気、気になる病気にかかったことはありますか。 □ 無　□ 有（　　）
（3）現在、通院治療をしていますか。 □ 無　□ 有(病名:　　病院名：　　）
（4）ひきつけを起こしたことはありますか。ある場合、いつ頃ですか。 □ 無　□ 有（　　）
（5）食物アレルギー等のアレルギーはありますか。 □ 無　□ 有（　　）
（6）発育、発達等に気になることはありますか。 □ 無　□ 有（　　）
（7）常用している薬はありますか。 □ 無　□ 有（　　）
（8）その他配慮してほしいことはありますか。 ※実施施設では与薬ができませんので、予めご理解ください。 □ 無　□ 有（　　）

７．確認事項

□ 保育の実施に必要な限度において、区及び実施施設が本申請書に記載の情報のほか保有情報を相互提供することに同意します。 □ 乳児等支援支給認定証の記載事項、及び乳児等支援給付認定の申請内容に変更が生じた場合、中野区に変更申請もしくは取消申請を行うとともに、実施施設へ伝える必要があることを承知しました。また、本制度の利用に必要な限度において、実施施設から乳児等支援支給認定証の提示を求められたとき、又は認定内容について確認を受けたときは、誠実に応じることを了承の上、利用申込を行います。 □ 中野区以外の自治体への転入、又は保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育事業、企業主導型保育事業等へ入園・在籍することとなった場合、中野区による本制度の利用資格の認定（乳児等支援給付認定）が取消されることを確認しました。

以上

（本申請書は実施施設に直接ご提出ください）