

乳児等支援給付 (こども誰でも通園制度) 認定申請書

年 月 日

(宛先) 村上市長

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請いたします。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 居住する市町村が、乳児等支援給付の認定のため、必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報 (要配慮個人情報を含む) 等を利用することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 居住する市町村が、乳児等支援給付の認定のため、関係市町村から申請者及び申請児童に係る情報 (要配慮個人情報を含む) や制度の利用状況に係る情報を取得することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 申請した内容に変更がある場合には、必要な手続き (乳児等支援給付認定の消滅、変更に関する手続き等) を行うことに同意します。

申請者 (保護者) ※児童と同居している方が申請者になります	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		性別	児童との続柄	
	現住所	〒			
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒		
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒		
	電話番号	()	メールアドレス	@	
負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※生活保護を受給している場合、市町村民税所得割合算額が 77,101 円未満の世帯 (市町村民税非課税世帯を含む) である場合及び市町村が支援が必要と認めた世帯である場合は「有」をチェックしてください。 ※以下に該当する場合は、必要な資料を添付してください。 ・4月～8月に申請される方で、前年1月1日現在、住民票がない同一世帯員がある場合→住民票がない世帯員の「前年度」の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写し等。 ・9月～翌年3月に申請される方で、本年1月1日現在、住民票がない同一世帯員がいる場合→住民票がない世帯員の「本年度」の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写し等。			
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
既に認定を受けている児童の有無 ※認定期間内の児童に限る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	児童氏名 (、)			

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		児童との続柄		
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		
	電話番号	()	メールアドレス	@	

利用する児童の情報は裏面に記入してください

乳児等支援 給付(こども 誰でも通園 制度)の認定 を受けよう とする児童	確認を希望する児童の数		人	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	児童 氏名		性 別	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	
	申請者(保護者)との続柄			
	障害等 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他 ()
	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 ・医師の診断および指示 [] <生活管理指導表を添付> <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載 []
			医療的ケア	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし
	フリガナ		生年月日	年 月 日
児童 氏名		性 別		
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		
申請者(保護者)との続柄				
障害等 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他 ()	
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 ・医師の診断および指示 [] <生活管理指導表を添付> <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載 []	
		医療的ケア	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 必要なし	