

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

記入例

海陽町長 様

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 checked="" 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(要配慮個人情報含む)等を利用することに同意します。
	<input checked="" 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 checked="" 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	カイヨウ タロウ		生年月日	H8.1.1	性別	男	児童との続柄	父	
	氏名	海陽 太郎								
	現住所	〒775-xxxx 海陽町〇〇字△△△ □□-xx								
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒							
	電話番号	090-xxxx-xxxx			メールアドレス	oooo@oooooo				
負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	【負担軽減の申請をする場合】 ○生活保護を受給している場合、市町村民市町村が支援が必要と認めた世帯である ○以下に該当する場合は、必要な資料を添 ・4月～8月に申請をされる方で、前年1 ➡「前年度」の世帯員全員の「市町村民 ・9月～翌年3月に申請をされる方で、本年 ➡「現年度」の世帯員全員の「市町村民							
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無								

～注意事項～
 こども誰でも通園制度の利用にあたっては、スマートフォンやタブレットなどを使って「つうえんポータル(総合支援システム)」で予約等をしていただきます。
 そのため、メールアドレスの記載をお願いします。
 メールアドレスがない方については、町や各施設で代理予約もできますので事前にご相談ください。

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			
	氏名			
	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	

申請者以外の方が、送迎を行う場合は代理利用者としての登録が必要となりますので、こちらの欄にご記入をお願いします。

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		1									
	フリガナ		カイヨウ ハナコ			生年月日		R7.1.1		性別		女
	氏名		海陽 花子									
	現住所		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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:)					
	フリガナ					生年月日				性別		
	氏名											
	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:)					
	フリガナ					生年月日				性別		
	氏名											
	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:)						