

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

時津町長 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 type="checkbox"/> 居住する市町村が、乳児等支援給付の認定のため、必要な市町村民税の世帯情報、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 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 | | 性別 | | 児童との続柄 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 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 | 【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月に申請をされる方で、前年1月1日現在、住民登録がなかった場合 →「前年度」の世帯員全員の「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月に申請をされる方で、本年1月1日現在、住民登録がなかった場合 →「現年度」の世帯員全員の「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 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------|---|---|---------|--|--|--|--|
| 代理利用者 (申請者の配偶者、祖父母等) | 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 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------|---|---|--|--|--|--|--------------|--|
| 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 | | | | | | | |
| | | 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需給者証 <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:) | | | | |
| | 2 | 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 | 〒 | | | | 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需給者証 <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:) | | | | |
| | 3 | 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 | 〒 | | | | 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需給者証 <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:) | | | | | |