乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

高石市長宛

年　　月　　日

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	□ 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。
	□ 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。
	□ 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	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒					
	前年1月1日時点の 住所	□現住所と同じ □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	□有　□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	□有　□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	□有　□無							

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	□有　□無						
	フリガナ		生年月日		児童との続柄			
	氏名							
	現住所	□申請者と同じ □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		生年月日		性別			
	氏名							
	現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒		申請者（保護者） との続柄			
	障害等の有無	□有　□無	添付書類	□身体障害者手帳 □障害児通所給付費等の受給者証 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □その他				
	その他配慮すべき事項 の有無	□有　□無	配慮すべき事項の詳細	□疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：　　） □指示書等の添付 □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＞：　　） □添付あり　／　□添付無し □その他（具体的に記載：　　）				
2	フリガナ		生年月日		性別			
	氏名							
	現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒		申請者（保護者） との続柄			
	障害等の有無	□有　□無	添付書類	□身体障害者手帳 □障害児通所給付費等の受給者証 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □その他				
	その他配慮すべき事項 の有無	□有　□無	配慮すべき事項の詳細	□疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：　　） □指示書等の添付 □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＞：　　） □添付あり　／　□添付無し □その他（具体的に記載：　　）				
3	フリガナ		生年月日		性別			
	氏名							
	現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒		申請者（保護者） との続柄			
	障害等の有無	□有　□無	添付書類	□身体障害者手帳 □障害児通所給付費等の受給者証 □療育手帳 □精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □その他				
	その他配慮すべき事項 の有無	□有　□無	配慮すべき事項の詳細	□疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：　　） □指示書等の添付 □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＞：　　） □添付あり　／　□添付無し □その他（具体的に記載：　　）				