

（表）

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） 三木町長

次のとおり乳児等支援給付に係る認定について申請します。

町が、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。

町が、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利用する子どもに係る情報（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（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。

		氏名	生年月日	性別	子どもとの続柄
申請者 (保護者) (利用する子どもと同居している方が原則申請者になります。)		(フリガナ)	年 月 日		
	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※1	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※1 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円未満の世帯である場合及び町が支援が必要と認める世帯である場合は「有」をチェックしてください。			
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子どもの有無 (認定期間内の子どもに限る)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

代理利用者	つうえんポータル代理利用者		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は、下記を記入してください。		
	氏名		生年月日	性別	子どもとの続柄
	(フリガナ)		年 月 日		
	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		

(裏)

認定を希望する子どもの数		<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人					
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子ども	1	氏名		生年月日	性別	申請者との続柄	
		(フリガナ)		年 月 日			
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒			
		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"/> 特別児童扶養手当を受けていることを証する書類 <input type="checkbox"/> その他		
		その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき内容	<input type="checkbox"/> 疾患等 診断名等及び必要となる配慮等※2 ( ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー※3 ( ) <input type="checkbox"/> その他※4 (具体的に記載: )		
		氏名		生年月日	性別	申請者との続柄	
	(フリガナ)		年 月 日				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒				
	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"/> 特別児童扶養手当を受けていることを証する書類 <input type="checkbox"/> その他			
	その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき内容	<input type="checkbox"/> 疾患等 診断名等及び必要となる配慮等※2 ( ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー※3 ( ) <input type="checkbox"/> その他※4 (具体的に記載: )			
	氏名		生年月日	性別	申請者との続柄		
	(フリガナ)		年 月 日				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒				
	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"/> 特別児童扶養手当を受けていることを証する書類 <input type="checkbox"/> その他			
	その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき内容	<input type="checkbox"/> 疾患等 診断名等及び必要となる配慮等※2 ( ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー※3 ( ) <input type="checkbox"/> その他※4 (具体的に記載: )			

※2 医師の診断及び指示書等がある場合は添付してください。

※3 医師の診断及び指示書等(生活管理指導表)がある場合は添付してください。

※4 添付書類がある場合は添付してください。