

乳児等支援給付認定申請書

記入例

吉小牧市長 様

内容を確認のうえ、同意事項にチェックを入れてください

次のとおり、乳児等支援給付に係る

情報閲覧・共有の同意	<input checked="" type="checkbox"/> こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な市区町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等閲覧することに同意します。
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、住所地の市区町村と関係市区町村が申請者及び申請制度の利用状況に係る情報を共有することに同意します。

こどもから見た続柄を記入してください

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 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			メールアドレス						
利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無								
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								

現住所と異なる場合に記入してください

記入いただいたアドレスに、システム利用のアカウント通知が届きます

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	フリガナ			生年月日		児童との続柄			
	氏名								
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
	電話番号								

申請者（保護者）と同様の機能が利用できる人を1人登録することができます

こどもから見た続柄を記入してください

申請者の現住所と異なる場合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	1								
	フリガナ									
	氏名									
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						申請者との続柄	
	障害者手帳等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金		障がいの種類など、内容が確認できる写しを添付してください				
	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： 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く生活管理指導表を添付）： 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載）		配慮すべき事項がある場合は記入してください。				
	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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						申請者との続柄	
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金		障がいの種類など、内容が確認できる写しを添付してください				
	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： 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く生活管理指導表を添付）： 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載）		配慮すべき事項がある場合は記入してください。				
	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 checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						申請者との続柄	
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	障害に係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金		障がいの種類など、内容が確認できる写しを添付してください				
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： 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く生活管理指導表を添付）： 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載）		配慮すべき事項がある場合は記入してください。					

申請者から見た続柄を記入してください

申請者の現住所と異なる場合に記入してください

障がいの種類など、内容が確認できる写しを添付してください

配慮すべき事項がある場合は記入してください。