

# 乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

中能登町長

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 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。	

		申請日	年 月 日					
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	年 月 日生	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	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	生年月日	年 月 日生	児童との続柄	
	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		※2人目以降は裏面に記入してください。				
	フリガナ			生年月日	年 月 日生	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: )			

町記入欄	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> その他( )
------	--------	--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

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	フリガナ			生年月日	年	月	日生	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			
	2	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	年	月	日生	性別	
	氏名								
	3	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: )				