

(表)

様式第1号(第2条関係)

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

赤穂市長 宛

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。

個人情報の 提供等の同意	☐ 市が、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。
	☐ 市が、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。)又は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(乳児等支援給付認定の消滅、変更に関する手続等)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者	フリガナ		生年月日	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】 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(市町村民税非課税世帯を含む。)である場合又は市が支援が必要と認めた世帯である場合は「有」にチェックしてください。 2 次に該当する場合は、必要な資料を添付してください。 (1) 4月から8月までの間に申請する場合で、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」又は「市町村民税納税通知書」の写し等 (2) 9月から翌年3月までの間に申請する場合で、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」又は「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	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							

(裏)

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定を受けようとする児童	認定を希望する児童の数								
	1	フリガナ				生年月日	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	
		障がい等の有無	☐ 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、必要となる配慮等：) ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー(医師の診断及び指示<生活管理指導表を添付>：) ☐ 添付あり / ☐ 添付なし ☐ その他(具体的に記載：)				
	2	フリガナ				生年月日	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	
		障がい等の有無	☐ 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、必要となる配慮等：) ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー(医師の診断及び指示<生活管理指導表を添付>：) ☐ 添付あり / ☐ 添付なし ☐ その他(具体的に記載：)				
	3	フリガナ				生年月日	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	
		障がい等の有無	☐ 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、必要となる配慮等：) ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー(医師の診断及び指示<生活管理指導表を添付>：) ☐ 添付あり / ☐ 添付なし ☐ その他(具体的に記載：)				