

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

海南市長様

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: カイナン ハナコ
氏名: 海南 花子
生年月日: HO.O.O
性別: 女
児童との続柄: 母
現住所: 〒642-0002 海南市日方〇〇番地
本年1月1日時点の住所: 〇 現住所と同じ
前年1月1日時点の住所: 〇 現住所と同じ
電話番号: 090-XXXX-XXXX
メールアドレス: 〇〇〇〇@XXX.ne.jp
負担軽減の申請: 〇 有 〇 無
転入前の市町村での利用の有無: 〇 有 〇 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: 〇 有 〇 無
【負担軽減の申請をする場合】
〇生活保護を受給している場合、市町村民税所得割算額が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られた世帯である場合は「有」をチェックしてください。
〇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月利用開始の申請をされる方で、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月利用開始の申請をされる方で、本年1月1日現在、住民登録がなかった場合
→「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
通常、利用予約する方が申請者になってください。
こども誰でも通園制度総合支援システムよりメールが届くので、メールが届くようにメール設定をしておいてください。

代理利用者
総合支援システムの代理利用者: 〇 有 〇 無
フリガナ:
氏名:
生年月日:
児童との続柄:
現住所: 〇 申請者と同じ 〇 申請者と異なる
電話番号:
メールアドレス:

確認を希望する児童の数: 1
フリガナ: カイナン ミカン
氏名: 海南 みかん
生年月日: RO.O.O
性別: 女
現住所: 〇 申請者と同じ 〇 申請者と異なる
申請者(保護者)との続柄: 子
障害等の有無: 〇 有 〇 無
添付書類:
〇身体障害者手帳
〇障害児通所給付費等の受給者証
〇療育手帳
〇精神障害者保健福祉手帳
〇特別児童扶養手当
〇その他
その他配慮すべき事項の有無: 〇 有 〇 無
配慮すべき事項の詳細:
〇疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: )
〇指示書等の添付
〇食物アレルギー(医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>: )
〇添付あり 〇添付無し
〇その他(具体的に記載: )
フリガナ:
氏名:
生年月日:
性別:
現住所: 〇 申請者と同じ 〇 申請者と異なる
申請者(保護者)との続柄:
障害等の有無: 〇 有 〇 無
添付書類:
〇身体障害者手帳
〇障害児通所給付費等の受給者証
〇療育手帳
〇精神障害者保健福祉手帳
〇特別児童扶養手当
〇その他
その他配慮すべき事項の有無: 〇 有 〇 無
配慮すべき事項の詳細:
〇疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: )
〇指示書等の添付
〇食物アレルギー(医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>: )
〇添付あり 〇添付無し
〇その他(具体的に記載: )
フリガナ:
氏名:
生年月日:
性別:
現住所: 〇 申請者と同じ 〇 申請者と異なる
申請者(保護者)との続柄:
障害等の有無: 〇 有 〇 無
添付書類:
〇身体障害者手帳
〇障害児通所給付費等の受給者証
〇療育手帳
〇精神障害者保健福祉手帳
〇特別児童扶養手当
〇その他
その他配慮すべき事項の有無: 〇 有 〇 無
配慮すべき事項の詳細:
〇疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: )
〇指示書等の添付
〇食物アレルギー(医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>: )
〇添付あり 〇添付無し
〇その他(具体的に記載: )