

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

甲斐市長 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			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	☐ 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】 ○生活保護を受給している場合、市民税所得割合算額が77、101円未満の世帯（市民税非課税世帯を含む）である場合及び市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～3月に申請する方で、前年1月1日現在、市の住民登録がなかった場合 ⇒「前年度」の世帯全員の「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月に申請する方で、本年1月1日現在、市の住民登録がなかった場合 ⇒「現年度」の世帯全員の「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							
要支援家庭の認定	☐ 有 ☐ 無								
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		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				

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									
	フリガナ				生年月日			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			
	障害等の有無	☐ 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（診断名等及び必要となる配慮・医療的ケア等： ） ☐ 指示書等の添付 ☐ 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＞： ） ☐ 添付あり ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載）：						
	フリガナ				生年月日			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			
	障害等の有無	☐ 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（診断名等及び必要となる配慮等： ） ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー（医師の診断および指示＜生活管理指導表を添付＞： ） ☐ 添付あり ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載）：						
	フリガナ				生年月日			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			
	障害等の有無	☐ 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（診断名等及び必要となる配慮等： ） ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー（医師の診断および指示＜生活管理指導表を添付＞： ） ☐ 添付あり ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載）：						

市記載欄