

様式第1号

### 乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

藤里町長様

次のとおり、乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)に係る認定について申請します。

|            |   |
|------------|---|
| 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町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を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、住所地の市町村と関係市町村が申請者及び申請児童に係る情報や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。 |

|                                  |                                       |  |         |                |    |   |        |   |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|---------|----------------|----|---|--------|---|
| 申請者(保護者)<br>※児童と同居している方が申請者になります | (ふりがな) 氏名                             | ふじさと たろう<br>藤里 太郎  | 生年月日    | 平成〇年〇月〇日       | 性別 | 男 | 児童との続柄 | 父 |
|                                  | 現住所                                   | 〒 018-3201<br>藤里町藤琴字××〇番地 △△△△△101号  |         |                |    |   |        |   |
|                                  | 本年1月1日時点の住所                           | <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ<br><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<br><input type="checkbox"/> 現住所と異なる | 〒       |                |    |   |        |   |
|                                  | 電話番号                                  | 090 - ×××× - 〇〇〇〇  | メールアドレス | 〇〇〇〇@××××.△△.□ |    |   |        |   |
| 利用料減免の申請                         | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 |  |         |                |    |   |        |   |
| 前自治体での利用の有無                      | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 |  |         |                |    |   |        |   |
| 既に認定を受けている児童の有無<br>※認定期間内の児童に限る  | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 |  |         |                |    |   |        |   |

|                              |            |   |      |         |    |  |        |  |
|------------------------------|------------|---|------|---------|----|--|--------|--|
| 代理利用者<br>※申請者の他に予約システムを利用する方 | 代理利用者の利用登録 |   | 有・無  |         |    |  |        |  |
|                              | (ふりがな) 氏名  |   | 生年月日 |         | 性別 |  | 児童との続柄 |  |
|                              | 現住所        | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><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<br>(こども誰でも<br>通園制度)の認<br>定を受けようと<br>する児童 | 利用を希望する児童の数   |  | 1 人  |   |          |    |   |         |   |
|  | (ふりがな)<br>氏名  | ふじさと はなこ<br>藤里 花子  |  | 生年月日  | 令和〇年〇月〇日 | 性別 | 女 | 申請者との続柄 | 子 |
|  | 現住所           | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる |  | 〒   |          |    |   |         |   |
|  | 障害者手帳等の有無     | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無  | 障害に係る手当等の受給状況  | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金   |          |    |   |         |   |
|  | その他配慮すべき事項の有無 | <input checked="" type="radio"/> 有・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<br>( )<br><input type="checkbox"/> 指示書等の添付<br><input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギー ※医師の診断および指示<br>( 卵 )<br><input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付<br><input type="checkbox"/> その他 ※具体的に記載<br>( ) |          |    |   |         |   |
|  | (ふりがな)<br>氏名  |  |  | 生年月日  |          | 性別 |   | 申請者との続柄 |   |
|  | 現住所           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる            |  | 〒   |          |    |   |         |   |
|  | 障害者手帳等の有無     | 有・無  | 障害に係る手当等の受給状況  | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金   |          |    |   |         |   |
|  | 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   | <input type="checkbox"/> 疾患等 ※診断名等及び必要となる配慮等<br>( )<br><input type="checkbox"/> 指示書等の添付<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー ※医師の診断および指示<br>( )<br><input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付<br><input type="checkbox"/> その他 ※具体的に記載<br>( )              |          |    |   |         |   |
|  | (ふりがな)<br>氏名  |  |  | 生年月日  |          | 性別 |   | 申請者との続柄 |   |
|  | 現住所           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる            |  | 〒   |          |    |   |         |   |
|  | 障害者手帳等の有無     | 有・無  | 障害に係る手当等の受給状況  | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳<br><input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金   |          |    |   |         |   |
| 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   | <input type="checkbox"/> 疾患等 ※診断名等及び必要となる配慮等<br>( )<br><input type="checkbox"/> 指示書等の添付<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー ※医師の診断および指示<br>( )<br><input type="checkbox"/> 生活管理指導表の添付<br><input type="checkbox"/> その他 ※具体的に記載<br>( ) |   |          |    |   |         |   |