

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

唐津市長 様

令和●●年●●月●●日

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 checked="" type="checkbox"/> 唐津市が、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。
	<input checked="" type="checkbox"/> 唐津市が、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)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 checked="" 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	カラツ ハナコ		生年月日	平成●●年 ●●月●●日	性別	女	児童との続柄	母	
	氏名	唐津 花子								
	現住所	〒847-8511 唐津市西城内1番1号								
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒							
	電話番号	090-1234-5678								
負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	【負担軽減の申請ができる場合】 次のいずれかに該当する場合は利用料が減免になる場合があります。□にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 生活保護を受けている <input type="checkbox"/> 非課税世帯(市町村民税が課税されていない) <input type="checkbox"/> 低所得世帯(市町村民税所得割合算額が77,101円未満の世帯) <input type="checkbox"/> 要支援家庭こどものいる世帯等 ※以下に該当する場合は、必要な資料を添付してください。(負担軽減の申請をする場合のみ) ・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～3月に申請をされる方で、本年1月1日現在(1月～3月申請の場合は、前年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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無									
利用希望の施設	●●● 保育園									
利用希望の週及び曜日	<input type="checkbox"/> 第1週及び第3週の 曜日 <input checked="" type="checkbox"/> 第2週及び第4週の 水 曜日									

施設と面談・調整のうえ記入してください

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 ※0歳6か月以上満3歳未満 ※認可保育所や認定こども園等、又は企業主導型保育事業所に入所していない	確認を希望する児童の数		1							
	1	フリガナ	カラツツ サブロウ			生年月日	令和●年●●月●●日	性別	男	
		氏名	唐津 三郎							
		現住所	<input checked="" 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	子			
		障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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"/> 特別児童扶養手当受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(医師の診断書等)			
		その他配慮すべき事項の有無	<input checked="" 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 checked="" 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>: 卵アレルギー) <input checked="" 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:)					
	2	フリガナ				生年月日		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"/> 特別児童扶養手当受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(医師の診断書等)			
		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:)					
	3	フリガナ				生年月日		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"/> 特別児童扶養手当受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(医師の診断書等)			
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:)						