

野々市市乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

年 月 日

野々市市長 殿

こども誰でも通園制度を利用したいので、次の事項に同意のうえ、以下のとおり申請します。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 以下の項目について同意します。	
	・居住する市町村が、乳児等支援給付の認定のため、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 ・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	

申請者（保護者） ※こども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	年 月 日	性別	男 女	こどもとの続柄	父 母 その他（ ）
	氏名							配偶者	有 無
	現住所	〒							
	本年1月1日時点の住所	<input 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 type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒						
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	認定を希望するこどもの数		人								
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女				
	氏名										
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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 <input type="checkbox"/> 障害年金							
	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"/> 食物アレルギー							
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女				
	氏名										
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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 <input type="checkbox"/> 障害年金							
	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"/> 食物アレルギー							
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女				
	氏名										
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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 <input type="checkbox"/> 障害年金							
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"/> 食物アレルギー								

世帯員 ※上記の対象者確認を希望するこども以外	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	こどもとの続柄	
	氏名								
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	こどもとの続柄	
	氏名								
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	こどもとの続柄	
	氏名								
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	こどもとの続柄	
	氏名								

利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 有 （ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 所得割 7万7,101円未満の世帯 <input type="checkbox"/> 市が支援が必要と認めた世帯） <input type="checkbox"/> 無 ※本年1月1日現在、住民票がない場合は、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」の写しなど必要な書類を添付して	
前自治体での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	既に認定を受けている（認定期間内）こどもの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

【注記】 乳児等支援給付認定の取消について

市が次に掲げる場合に、当該乳児等支援給付認定の取消を行いますためご了承ください。

- ・乳児等支援給付認定子どもが満三歳児に到達した場合
- ・乳児等支援給付認定子どもが保育所・認定こども園等に入所した場合
- ・乳児等支援給付認定子どもが野々市市以外の市町村の区域内に居住地を有するに至ったと認める場合

市記入欄	受付日	年 月 日	受付者		認定日	年 月 日	認定番号	
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）						