

### 乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

野々市市長 宛

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

|             |  |
|-------------|--|
| 個人情報の提供等の同意 | <input type="checkbox"/> 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。             |
|             | <input type="checkbox"/> 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。 |
|             | <input 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）<br>※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   | <input 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 type="checkbox"/> 現住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 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                          | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 【負担軽減の申請をする場合】<br>○生活保護を受給している場合、市町村民税所得割合算額が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た世帯である場合は「有」をチェックしてください。<br>○以下に該当する場合は、必要な資料を添付してください。<br>・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<br>▶ 「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<br>・9月～翌年3月に申請をされる方で、本年1月1日現在、住民登録がなかった場合<br>▶ 「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 type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |         |    |        |  |  |

|       |                |   |         |    |        |  |  |
|-------|----------------|---|---------|----|--------|--|--|
| 代理利用者 | 総合支援システムの代理利用者 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               |         |    |        |  |  |
|       | フリガナ           |   | 生年月日    | 性別 | 児童との続柄 |  |  |
|       | 氏名             |   |         |    |        |  |  |
|       | 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（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           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><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<br><input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証<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"/> その他 |  |  |  |  |
|                                  | 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 | ○疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：）<br>□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<生活管理指導表を添付>：）<br>□添付あり / □添付無し（）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）（）  |  |  |  |  |
|                                  | フリガナ          |   | 生年月日       | 性別  |  |  |  |  |
|                                  | 氏名            |   |            |   |  |  |  |  |
|                                  | 現住所           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><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<br><input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証<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"/> その他 |  |  |  |  |
|                                  | 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 | ○疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：）<br>□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<生活管理指導表を添付>：）<br>□添付あり / □添付無し（）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）（）  |  |  |  |  |
|                                  | フリガナ          |   | 生年月日       | 性別  |  |  |  |  |
|                                  | 氏名            |   |            |   |  |  |  |  |
|                                  | 現住所           | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><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<br><input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証<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"/> その他 |  |  |  |  |
|                                  | 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 | ○疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：）<br>□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<生活管理指導表を添付>：）<br>□添付あり / □添付無し（）<br><input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）（）  |  |  |  |  |