

こども誰でも通園制度認定申請書
(乳児等支援給付認定申請書)

熊本市長 様

年 月 日

情報閲覧・共有等の同意	<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（要配慮個人情報を含む）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"/> 申請内容に虚偽があった場合、認定の決定が遡って取り消されることに同意します。 <input type="checkbox"/> 申請した内容に変更があった場合には、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。 <input type="checkbox"/> 現在、認可保育所・幼稚園・認定こども園・地域型保育事業・企業主導型保育施設に在籍しておらず、今後、保育所等に入所した場合には、消滅届を提出することに同意します。
-------------	---

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		性別		こどもとの続柄	
	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 <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 (ログインID)					

利用料減免の申請 ※別途減免申請書の提出が必要です	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
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こどもの有無 ※認定期間内のこどもの有無になります	<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		生年月日		性別		こどもとの続柄	
	フリガナ								
	氏名								
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
	電話番号				メールアドレス				

こども誰でも通園制度の対象者確認を希望するこども	確認を希望するこどもの数			生年月日		性別		こどもとの続柄	
	フリガナ								
	氏名								
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
	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		申請者との続柄		
	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）				
	フリガナ			生年月日		性別		こどもとの続柄	
	氏名								
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
	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		申請者との続柄		
	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）				
	フリガナ			生年月日		性別		こどもとの続柄	
	氏名								
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
	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		申請者との続柄		
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）					