

申請日	令和 〇年 〇月 〇〇日
-----	--------------

美里町長様

美里町乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

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	☒ 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。
	☒ 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。
	☒ 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	ミサト タロウ		生年月日	平成3年3月10日	性別	男	児童との続柄	父
	氏名	美里 太郎							
	現住所	〒 987 - 8602 美里町北浦字駒米 1 3 番地							
	本年1月1日時点の住所	☒ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる	〒 現住所と異なる場合のみ記入してください。						
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 989 - 4205 美里町木間塚字中央 1 番地 記入いただいたメールアドレスに利用者アカウントの通知が届きます。						
	電話番号			メールアドレス					
負担軽減の申請	☒ 有 ☐ 無	【負担軽減の申請をする場合】 ○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。 ○以下に該当する場合は、必要な資料を添付してください。 ・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～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 → 「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	☐ 有 ☒ 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	☐ 有 ☒ 無								

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	☒ 有 ☐ 無							
	フリガナ	ミサト マチコ		生年月日	平成5年5月10日	児童との続柄	母		
	氏名	美里 町子							
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒						
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		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		1						
	フリガナ		ミサト イチロウ		生年月日	令和6年1月1日	性別	男	
	氏名		美里 一郎						
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒			申請者(保護者)との続柄	子		
	障害等の有無	☒ 有 ☐ 無	添付書類	☒ 身体障害者手帳 ☐ 障害児通所給付費等の受給者証 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ その他			名前、障がいの種類等、内容が分かる書類の写しを添付してください。		
	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	☐ 疾患等 診断名等及び必要となる配慮等 (☐ 指示書等の添付 ☒ 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> (☐ 添付あり / ☒ 添付無し ☐ その他(具体的に記載) (			医療的ケアが必要な場合は、必ず記入してください。		
	健康や発達面等で配慮すべき事項がある場合は、「その他」に記入してください。								
	フリガナ				生年月日		性別		
	氏名								
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒			申請者(保護者)との続柄			
	障害等の有無	☐ 有 ☐ 無	添付書類	☐ 身体障害者手帳 ☐ 障害児通所給付費等の受給者証 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ その他					
	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	☐ 疾患等 診断名等及び必要となる配慮等 (☐ 指示書等の添付 ☐ 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> (☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他(具体的に記載) (					
	フリガナ				生年月日		性別		
	氏名								
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒			申請者(保護者)との続柄			
障害等の有無	☐ 有 ☐ 無	添付書類	☐ 身体障害者手帳 ☐ 障害児通所給付費等の受給者証 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ その他						
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	☐ 疾患等 診断名等及び必要となる配慮等 (☐ 指示書等の添付 ☐ 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> (☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他(具体的に記載) (						