乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

嘉島町長様

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	☐ 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。
	☐ 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。
	☐ 事業実施に必要な情報を事業者（保育所等）に提供することに同意します。

申請者（保護者） ※原則児童と同居している方となります	フリガナ		生年月日		児童との続柄		配偶者の有無	☐有　☐無
	氏名							
	現住所	〒						
	本年1月1日時点の住所	☐現住所と同じ ☐現住所と異なる（右欄記載）	〒					
	前年1月1日時点の住所	☐現住所と同じ ☐現住所と異なる（右欄記載）	〒					
	電話番号		メールアドレス					

負担軽減の申請	☐有　☐無	※生活保護を受給している場合、保護者の市町村民税所得割合算額が77，101円未満の世帯等である場合は「有」をチェックしてください。 ※要件を満たしているかの確認のため関係書類の提出を求める場合があります。
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	

認定を受けようとする児童について	フリガナ		生年月日		性別		
	氏名						
	利用を希望する施設	☐ ニチイキッズかしま西保育園　☐ おひさまリリー保育園					
	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＞ ☐その他（具体的に記載：　　）			

利用料の減免に関する町確認欄	☐ 該当なし　☐ 生活保護世帯　☐非課税世帯 ☐ 市町村民税所得割合算額が77，101円未満の世帯　☐ 要支援児童および要保護児童世帯