

乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)認定申請書

下関市長 宛

次のとおり、乳児等通園支援事業に係る認定について申請いたします。

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業の利用にあたり必要な市民税、生活保護受給状況、障害に係る手帳並びに手当等の状況、世帯情報及び申請者等の情報を閲覧することに同意します。																										
	<input type="checkbox"/> 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、下関市と本事業実施施設及び関係市町村が申請者及び申請児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報(加算・減免・児童状況・その他制度利用のために必要な情報含む)を共有することに同意します。																										
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							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 <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																										
		@																									
利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※減免を受けるためには、「乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)利用料減免申請書」が必要ですので、当申請書と一緒にご提出ください。																								
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 ※認定期間内の児童に限る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																										

代理利用者	子ども誰でも通園制度総合支援システムの代理利用者										□有 □無												
	フリガナ												生年月日		児童との続柄								
	氏名																						
	現住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		〒																		
	電話番号																						
	メールアドレス																						
		@																					

乳児等通園支援事業(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 <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		〒		申請者との続柄			
	障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害に係る手帳・手当等 ※該当内容を確認できる書類の写しを添付してください		<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 <input type="checkbox"/> 障害の事実が把握可能な医師の診断書等		医療的ケア児の該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> お子さんの健康状態等につきましては、こども誰でも通園制度総合支援システムへの登録及び別紙「児童状況確認書」にて届出てください。									
	フリガナ				生年月日				性別	
	氏名									
	現住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる		〒		申請者との続柄			
	障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害に係る手帳・手当等 ※該当内容を確認できる書類の写しを添付してください		<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 <input type="checkbox"/> 障害の事実が把握可能な医師の診断書等		医療的ケア児の該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> お子さんの健康状態等につきましては、こども誰でも通園制度総合支援システムへの登録及び別紙「児童状況確認書」にて届出てください。										