第1号様式(第9条関係)

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

木古内町長　様

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。
	□ 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		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	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒					
	前年1月1日時点の住所	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒					
	電話番号							
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							

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		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:　　)				
2	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:　　)				
3	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:　　)				