

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

須崎市長 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	☐ 須崎市が、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。
	☐ 須崎市が、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。

保護者氏名		続柄	父
保護者生年月日	年 月 日	連絡先	- -
保護者氏名		続柄	母
保護者生年月日	年 月 日	連絡先	- -
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（ ）		
負担軽減の申請	☐ 有 ☐ 無 （※ 1）		
転入前の市町村での利用の有無	☐ 有 ☐ 無		

フリガナ		生年月日	年 月 日生		
児童氏名		性別	男・女	申請者(保護者) との続柄	
障害等の有無 (手帳等の写しを添付)	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害児通所給付費等の受給者証 ☐ その他				
アレルギー	☐ なし ☐ あり 医師の診断及び指示（生活管理指導表を添付）				
食事制限	☐ なし ☐ あり（内容： ）				
その他配慮が必要な事柄	☐ 疾患等（ ） 必要な配慮等（ ） ☐ 定期通院 ☐ なし ☐ あり 医療機関名： 通院頻度： ☐ その他（具体的に記載： ）				
特記事項					

（※ 1）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 7 7， 1 0 1 円未満の世帯である場合及び須崎市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。

※その他、市長が必要と認める書類を添付してください。