乳児等通園支援(こども誰でも通園制度)試行的事業利用認定申請書

太子町長様

次のとおり、乳児等支援事業に係る利用について申請いたします。

情報閲覧・	E	□ こども誰でも	通園制度の	利用にあた	とり必要な	市町村民税及び世	世帯情報、	、申請	者等の情報等を閲覧	覧することに同意	します。							
共有の同意		申請者の利用制度の利用	事業所の選 祝に係る情	選択に資す 背報を共有	る情報提付 することに	供及び円滑な制度 :同意します。	の利用の	りため、	住所地の市町村と	関係市町村が申	請者及び申	請児童に	に係る情報	みや				
		フリガナ								生年月日		性別				児童との		
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		氏名	Ŧ										続柄					
	,	現住所	□現住所と	レ回1*		T=												
	本	年1月1日時点 の住所	□現住所と	と異なる	T													
	前	7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						у.	ノールアドレス									
利用料減免の申請		□有	□有 □無															
転入前の市町村での 利用の有無		□有	□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															
	1																	
代理利用者	総合支援システフリガナ		ムの代理利	川用者	口有	「 □無											1	
	氏名									生年月日			児童との続柄					
	現住所		□申請者と □申請者と			〒												
		電話番号				ı		у.	ールアドレス								<u>u</u>	
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				1-				工平万口						1±.//1		
		現住所	□申請者 & □申請者 &	と同じ と異なる		Ŧ 				申請者との				の続柄				
		障害者手帳等	等の有無 □有 □無			障害に係る 手当等の受給状況		[□身体障害者手帳 □熔存管手帳 □料种障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当									
		その他配慮す の有無		□有	□無	配慮すべき事	項の詳細	E	□疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: □指示書等の流付 □食物アレルギー(医師の診断および指示<≤ □添付無し □添付無し □を付無し □をの他(具体的に記載:			に活管理指導表を添付>:))	
	2	フリガナ								生年月日						性別		
		氏名				T=										11.77		
		現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる			'							申請者との続柄					
		障害者手帳等	等の有無 □有 □無		障害に係る 手当等の受給状況]]]	□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健社 □特別児童扶養手当 □障害年金	福祉手帳 当									
		その他配慮すべき事項 の有無			□無	配慮すべき事項の記		# C	□指示書等の	医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>: / □添付無し)			
		フリガナ								4500						性別		
		氏名	名			I-				生年月日					1生別			
		現住所	現住所 □申請者と同じ □申請者と異なる			₸						申請者との続柄						
	3	障害者手帳等の有無 □有			□無	障害に係る 手当等の受給状?			□身体障害者手帳 □療育手帳 □精神障害者保健和 □特別児童扶養手当 □障害年金	福祉手帳 当				·				
		その他配慮すべき事項 の有無			□無	配慮すべき事	項の詳細	# C	□疾患等(診断名等及び必要となる配慮等: □指示書等の添付 □ 自示書等の添付 □ 自物アレルギー(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 □ 本の他(具体的に記載:))	