

記入例

令和8年 2月 26日

加美町長 様

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。
	<input checked="" type="checkbox"/> 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	カミ ダイスケ	生年月日	平成 7年 7月 5日	性別	男
	氏名	加美 大輔	現住所	〒 981 - 4252 加美町字西田四番7番地1		
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" 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	〒 - 加美町字西田三番5番地		
	電話番号	000-0000-0000	メールアドレス	0000 @ 00.00.jp		
	総合支援システムの代理利用者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
代理利用者	フリガナ	カミ アユコ	生年月日	平成 7年 6月 8日	児童との続柄	母
	氏名	加美 鮎子	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 〒 -		
	電話番号	000-0000-0000	メールアドレス	0000 @ 00.00.jp		
負担軽減の申請 ※	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※ 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77,101円未満の世帯である場合及び市町村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。			
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無		※ 本年1月1日現在、住民票がない場合は、世帯全員の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写しなど必要な書類を添付してください。			

裏面に続きます

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		人			
	フリガナ	カミ ケンタ		生年 月日	令和 7年4月2日	性別	男	
	氏名	加美 健太		生年 月日	7年4月2日	性別	男	
	現住所	<input checked="" 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	子		
	障害等の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他				
	その他配慮 すべき事項 の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき 事項の有無	<input type="checkbox"/> 疾患等 () <input checked="" type="checkbox"/> 食物アレルギー (卵) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載) () <small>※上記いずれかに該当する場合は添付資料が必要です</small>				
	フリガナ			生年 月日	年			
	氏名			生年 月日	年			
	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			
	障害等の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他				
	その他配慮 すべき事項 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき 事項の有無	<input type="checkbox"/> 疾患等 () <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載) () <small>※上記いずれかに該当する場合は添付資料が必要です</small>				
	フリガナ			生年 月日	年	月	日	性別
	氏名			生年 月日	年	月	日	性別
	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			
	障害等の 有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他				
その他配慮 すべき事項 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき 事項の有無	<input type="checkbox"/> 疾患等 () <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載) () <small>※上記いずれかに該当する場合は添付資料が必要です</small>					

医療的ケアが必要な場合は「疾患等」に必ず記入してください。

健康・発達面で伝えておきたいことがあれば「その他」に記入してください。