# ＜申請書記入例＞

第１号様式（第３条関係）

Ｒ８年　　〇月　　〇日

乳児等支援給付認定申請書

匝瑳市長　　あて

下記のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

記

| | |
|---|---|
| 情報閲覧・共有の同意 | ☑ こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。 |
| | ☑ 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、住所地の市町村と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を共有することに同意します。 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請者（保護者） | フリガナ | ソウサ　　タロウ | | 生年月日 | Ｈ７．４．１ | 性別 | 男 | 児童との続柄 | 父 |
| | 氏名 | 匝瑳　太郎 | | | | | | | |
| | 現住所 | 〒２８９－２１４１<br>匝瑳市八日市場ハ 793 番地 35 | | | | | | | |
| | 本年１月１日時点の住所 | □現住所と同じ<br>☑現住所と異なる | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>□□市△△〇〇〇〇番地 | | | | | | |
| | 前年１月１日時点の住所 | □現住所と同じ<br>☑現住所と異なる | 〒<br>同上 | | | | | | |
| | 電話／メールアドレス | ０４７９－７４－３２４５／□□□@△△△△△△ | | | | | | | |
| 利用料減免の申請 | | □有　☑無 | | | | | | | |
| 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<br>※認定期間内の児童に限る | | ☑有　□無 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 代理利用者 | 総合支援システムの代理利用者 | □有　□無 | | | | | | | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | | 性別 | | 児童との続柄 | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 現住所 | □申請者と同じ<br>□申請者と異なる | 〒 | | | | | | |
| | 電話／メールアドレス | ／ | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 乳児等支援給付の認定を受けようとする児童 | フリガナ | ソウサ　　ジロウ | | 生年月日 | Ｒ７．５．２５ | 性別 | 男 | 児童との続柄 | 本人 |
| | 氏名 | 匝瑳　次郎 | | | | | | | |
| | 現住所 | ☑申請者と同じ<br>□申請者と異なる | 〒 | | | | | | |
| | 障害者手帳等の有無 | ☑有　□無 | 障害に係る手当等の受給状況 | □身体障害者手帳<br>□療育手帳<br>□精神障害者保健福祉手帳<br>□特別児童扶養手当<br>□障害年金 | | | | | |
| | 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：　　）<br>指示書等の添付　□添付あり　／　□添付無し<br>□食物アレルギー（　　）<br>医師の診断および指示　□有　／　□無<br>生活管理指導表　□添付あり　／　□添付無し<br>□その他（具体的に記載：　　） | | | | | |