

中山町乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用認定申請書

(宛先) 中山町長

中山町乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の利用の認定について、次のとおり申請します。

情報閲覧の同意	<input type="checkbox"/> こども誰でも通園制度の利用に当たり必要な市区町村住民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。
---------	---

申請者（保護者） ※こども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		こどもとの続柄	
	氏名						
	現住所	〒					
	本年1月1日時点の住所	<input 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	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒				
電話番号			メールアドレス				

生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
前自治体での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
既に認定を受けているこどもの有無 ※認定期間内のこどもの有無になります。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

代理利用者 (申請者の配偶者等、申請者に代わってシステムを利用する者)	総合支援システムの代理利用者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※【有】の場合のみ当該項目について、ご記載ください。				
	フリガナ			生年月日		こどもとの続柄	
	氏名						
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒				
電話番号			メールアドレス				

こども誰でも通園制度の利用を希望するこども	認定を希望するこどもの数							
	1	フリガナ			生年月日		申請者との続柄	
		氏名						
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒					
	障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金				
	その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：） <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（医師の診断及び指示：） <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）				
	2	フリガナ			生年月日		申請者との続柄	
		氏名						
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒					
	障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金				
	その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：） <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（医師の診断及び指示：） <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）				
	3	フリガナ			生年月日		申請者との続柄	
氏名								
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい年金					
その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：） <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（医師の診断及び指示：） <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）					