

## 寿都町乳児等通園支援事業利用登録申請書

寿都町長 様

次のとおり、乳児等支援給付に係る利用登録について申請いたします。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業（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利用することに同意します。													
	<input 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 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				生年月日			性別			児童との続柄			
	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									
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
既に認定を受けている児童の有無 ※認定期間内の児童に限る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無													
代理利用者	総合支援システムの代理利用者		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
	フリガナ				生年月日			児童との続柄						
	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									
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		名											
	1	フリガナ				生年月日			性別					
		氏名												
		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		
		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金								
		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"/> 指示書等の添付） <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（医師の診断および指示＜生活管理指導表を添付＞） （ <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し） <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）								
	2	フリガナ				生年月日			性別					
		氏名												
		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		
		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金								
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"/> 指示書等の添付） <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（医師の診断および指示＜生活管理指導表を添付＞） （ <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し） <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）									