

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

長久手市長 様

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 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 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		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			
負担軽減の申請	<input 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は「有」をチェックしてください。 ※本年1月1日（1～5月に申請する場合は前年1月1日）現在、住民票がない場合は、「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写しなど市町村民税所得割合算額が確認できる書類を添付してください。				
転入前の市町村での 利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input 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		T				
	電話番号				メールアドレス			

[illegible]