

益城町乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

益城町長様

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

個人情報等の提供等の同意	<input type="checkbox"/>	乳児等支援給付の認定のため、必要な住民税、世帯情報（要配慮個人情報を含む）等すべての情報を取得、利用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（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) ※児童と同居の方に限りま す	フリガナ			生年 月日		性別		児童と の続柄
	氏名							
	現住所	〒			電話番号			
	本年 1月 1日	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒	前年 1月 1日	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	〒		

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	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	〒				申請書との続柄		
	障がい等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保険福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障がい児通所給付費等の受給者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <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	配慮すべき事項の詳細	疾患・アレルギー等					
	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	〒				申請書との続柄		
	障がい等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保険福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障がい児通所給付費等の受給者証 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <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	配慮すべき事項の詳細	疾患・アレルギー等					

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		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	〒					
電話番号			メールアドレス				