様式第1号（第9条関係）

川上村乳児等支援事業（こども誰でも通園制度）利用認定申請書

川上村長　様

川上村乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）を利用したいので、
川上村乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

個人情報の提供等の同意	□　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。
	□　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。
	□　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	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒					
	前年1月1日時点の住所	□現住所と同じ □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	□有　□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			□有　□無			

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	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒	申請者（保護者）との続柄		
	利用を希望する期間	年　月　日 ～　年　月　日 / 満3歳に達するまで				
	障害等の有無	□有　□無				
	添付書類	□身体障害者手帳 □障害児通所給付費等の受給者証 □療育手帳	□精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □その他			
	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：　） □指示書等の添付 □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＞：　） □添付あり　／　□添付無し	□その他（具体的に記載：　）			

	氏名	続柄	生年月日	摘要
世帯状況				