別記第1号様式（第3条第1項）

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

木更津市長　　あて

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。

同意事項	□ 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。
	□ 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。
	□ 申請者の円滑な制度の利用のため、住所地の市区町村と関係市区町村が申請者及び申請児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報を共有することに同意します。

確認事項：申請した内容に変更がある場合には、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）を行う必要があります。

※申請者（保護者）と同居している方	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	□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	フリガナ		
負担軽減の申請※	□有　□無	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		

※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及びサポートプランを作成している世帯である場合は「有」をチェックしてください。
※前年又は本年1月1日現在、住民票がない場合は、世帯全員の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写しなど必要な書類を添付してください。

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	□有　□無					
	フリガナ			生年月日		児童との続柄	
	氏名						
	現住所	□申請者と同じ □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		※利用日時点で満3歳の誕生日の前々日までの子どもが3人以上の場合は、別の申請書にご記入ください。				
	1	フリガナ		生年月日		申請者（保護者）との続柄	
		氏名					
		現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒			
		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		
		サポートプラン作成の有無	□有　□無	□　乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の円滑な利用にあたり、サポートプランの作成対象者であること、及びその内容についての情報を、利用施設等に提供することに同意します。			
		その他配慮すべき事項の有無	□有　□無	配慮事項の詳細	□疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：　　） □医療的ケアの要否（□不要　□必要・具体的に記載：　　）		
	2	フリガナ		生年月日		申請者（保護者）との続柄	
		氏名					
		現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒			
		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		
		サポートプラン作成の有無	□有　□無	□　乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の円滑な利用にあたり、サポートプランの作成対象者であること、及びその内容についての情報を、利用施設等に提供することに同意します。			
		その他配慮すべき事項の有無	□有　□無	配慮事項の詳細	□疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：　　） □医療的ケアの要否（□不要　□必要・具体的に記載：　　）		

世帯の状況（※申請者、代理利用者及び認定対象児童を除く同居者。単身赴任や離婚前で別居の方を含む。）		フリガナ 氏名	生年月日	認定対象児童との続柄	備考 ※父母の何れかが別居の場合は、住民登録地を記載
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				