

御所市乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)認定申請書

(宛先)御所市長

次のとおり、御所市乳児等通園支援事業に係る認定について申請します。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 居住する市町村が、御所市乳児等通園支援事業の認定のため、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、御所市乳児等通園支援事業の認定のため、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(御所市乳児等通園支援事業の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) ※児童と同居す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	〒639- 御所市					
	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				@	
利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無	▶(ア)生活保護世帯 (イ)非課税世帯 (ウ)市民税所得割77,101円未満の世帯 該当の場合は「有」をチェックし、(ア)～(ウ)の中から該当するものをご記入ください。					
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	▶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;					
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	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		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	〒639- 御所市				
	電話番号		メールアドレス				@

御所市乳児等通園支援事業(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						
	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(保護者)との続柄	
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> 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	<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"/> 添付なし) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)			
	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(保護者)との続柄	
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> 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	<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"/> 添付なし) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)			
	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(保護者)との続柄	
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> 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	<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"/> 添付なし) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)				