

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

佐世保市長 様

申請日 令和●年 ●月 ●日

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。

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 現住所と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	フリガナ	サセボ ミライ		生年月日	平成6年1月27日	性別	男・女	児童との続柄	父・母など	
	氏名	佐世保 未来								
	現住所	〒857-0042 佐世保市高砂町5番1号								
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒857-8585 佐世保市八幡町1番10号							
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒●●●●-●●●● 県●●●●市●●●●町●●●●番地●●●●							
電話番号	090-●●●●●●-●●●●●●		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及び市町村が支援が必要と認めた世帯である場合は「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。								
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	きょうだい児がすでに認定を受けていたら「有」								

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 該当される場合、 <input checked="" type="checkbox"/> 有として、 添付書類の提出をお願いします	確認を希望する児童の数									
	フリガナ	サセボ ツクモ		生年月日	令和6年9月19日		性別	男・女		
	氏名	佐世保 九十九								
	現住所	<input checked="" 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	長男や次女 など		
	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"/> 添付無し <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	※同時にきょうだい児を申請される場合、こちらの記入欄をご利用ください。							
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
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"/> 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"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）							

