

天草市乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

天草市長 様

次のとおり、乳児等通園支援給付に係る認定について申請いたします。

確認事項	<input type="checkbox"/> 利用するこどもは、認可保育所や認定こども園、幼稚園及び企業主導型保育施設を利用していません。
------	---

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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。
	<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（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	児童との続柄
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	
	現住所	〒 -		
	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	〒 -	※現住所と異なる場合に記入
	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	〒 -	※現住所と異なる場合に記入
	電話番号	- -	メールアドレス	

乳児等通園支援給付（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		人			
	1	フリガナ		生年月日	性別	申請者との続柄
		氏名		<input type="checkbox"/> 令 年 月 日		
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒 -	※申請者の住所と異なる場合に記入	
		障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	※該当する添付書類の写しを添付してください <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害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	
	2	フリガナ		生年月日	性別	申請者との続柄
		氏名		<input type="checkbox"/> 令 年 月 日		
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒 -	※申請者の住所と異なる場合に記入	
		障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	※該当する添付書類の写しを添付してください <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害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	
	3	フリガナ		生年月日	性別	申請者との続柄
		氏名		<input type="checkbox"/> 令 年 月 日		
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒 -	※申請者の住所と異なる場合に記入	
障害等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	※該当する添付書類の写しを添付してください <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害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		

■ 利用料の減免に関する申請

利用料の減免を希望する方は、該当する世帯区分にチェックを入れてください。

世帯区分	<input type="checkbox"/> 1. 本事業を利用する日において生活保護法第6条第1項に規定する被保護者である世帯
	<input type="checkbox"/> 2. 保護者及び保護者と同一の世帯に属する者に係る当該年度分の市町村民税所得割会算額が、77,100円以下である世帯
	<input type="checkbox"/> 3. こども家庭センター（児童福祉機能）から定期的に訪問や面談を受けている世帯又は特に支援が必要であると市長が認めた世帯

■ システムの代理利用に関する届出

利用の申込み等の手続きは、「こども誰でも通園制度総合支援システム」を利用するため、パソコンまたはスマートフォンが必要です。機器をお持ちでないなど、申請者以外の方がシステムを利用する場合はチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 申請者（保護者）以外の者が、総合支援システムを利用します（予定を含む）。
