様式第1号（第8条関係）

年　　月　　日

日吉津村長　様

日吉津村乳児等通園支援事業利用認定申請書

次のとおり、日吉津村乳児等通園支援事業に係る利用認定について申請いたします。

個人情報の提供等の同意	□　乳児等通園支援事業利用認定のため、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。
	□　乳児等通園支援事業利用認定のため、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（乳児等通園支援事業利用認定の消滅、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	ふりがな			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					
負担軽減の申請	□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「課税証明書（所得証明書）」を添付してください。						
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							

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	□有　□無				
	ふりがな		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			

乳児等通園支援事業利用認定を受けようとする児童	確認を希望する児童の数							
	1	ふりがな		生年月日		性別		
		氏名						
		現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒		申請者との続柄		
		障がい等の有無	□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：　　）			
	2	ふりがな		生年月日		性別		
		氏名						
		現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒		申請者との続柄		
		障がい等の有無	□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：　　）			