

乳児等支援給付(子ども誰でも通園制度)認定申請書

森町長

様

次のとおり、乳児等支援給付に係る内容を確認のうえ、同意事項にチェックをいれてください。

個人情報の提供等の同意
 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。
 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。
 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、氏名、生年月日、性別、児童との続柄
現住所
本年1月1日時点の住所
前年1月1日時点の住所
電話番号、メールアドレス
負担軽減の申請
転入前の市町村での利用の有無
既に認定を受けている児童の有無

代理利用者
総合支援システムの代理利用者
フリガナ、氏名、生年月日、児童との続柄
現住所
電話番号、メールアドレス

確認を希望する児童の数 1
フリガナ、氏名、生年月日、性別
現住所
障害等の有無
添付書類
その他配慮すべき事項の有無
フリガナ、氏名、生年月日、性別
現住所
障害等の有無
添付書類
その他配慮すべき事項の有無
フリガナ、氏名、生年月日、性別
現住所
障害等の有無
添付書類
その他配慮すべき事項の有無