

様式第1号（第2条関係）

乳児等支援給付(こども誰でも通園制)認定申請書

年 月 日

金山町長

次のとおり、乳児等支援給付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"/> 乳児等支援給付の認定のため、町が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"/> 乳児等支援給付の認定のため、町が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	年	月	日
	氏名		性別		児童との続柄	
	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			
	本年1月1日時点の住所 (現住所地と異なる場合)	〒				
	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			
	前年1月1日時点の住所 (現住所地と異なる場合)	〒				
電話番号						
メールアドレス						
負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	
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"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し	

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し			
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		性別		児童との続柄	
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		<input type="checkbox"/> 申請者と異なる		
	現住所 (申請者と異なる場合)	〒				
	電話番号					
メールアドレス						

(裏面に続く)

