

乳児等支援給付(子ども誰でも通園制度)認定申請書

(宛先)大田区長

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。

個人情報の提供等の同意	<input type="checkbox"/> 大田区が、乳児等支援給付の認定のため、必要な区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。)等を閲覧及び利用することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 大田区が、子ども誰でも通園制度の認定のため、関係区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(乳児等支援給付認定の取消し、変更に関する手続等)を行うことに同意します。
	<input type="checkbox"/> 利用施設と大田区において本事業の実施に必要な範囲内で申請者及び申請児童に係る情報や制度の利用状況に係る情報を共有することに同意します。

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	性別	児童との続柄	
	氏名					
	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	〒			
	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	〒			
	電話番号			ログインID (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、区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区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。				
転入前の区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					

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	フリガナ		生年月日	児童との続柄	
	氏名				
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		
	電話番号			ログインID (メールアドレス)	

乳児等支援給付(子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					
	1	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	〒	申請者との続柄	
	児童の健康状況等	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害児通所受給者証
	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	該当するケア	<input type="checkbox"/> 療の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 血糖値測定及び薬剤投与 <input type="checkbox"/> その他()	医療的ケアを行っている方は、「医師の意見書(医療的ケア用)」を提出してください。	
	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	〒	申請者との続柄		
	児童の健康状況等	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害児通所受給者証
	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	該当するケア	<input type="checkbox"/> 療の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 血糖値測定及び薬剤投与 <input type="checkbox"/> その他()	医療的ケアを行っている方は、「医師の意見書(医療的ケア用)」を提出してください。	
	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	〒	申請者との続柄		
	児童の健康状況等	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害児通所受給者証
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	該当するケア	<input type="checkbox"/> 療の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 血糖値測定及び薬剤投与 <input type="checkbox"/> その他()	医療的ケアを行っている方は、「医師の意見書(医療的ケア用)」を提出してください。		