

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

記入例

福島市長

次のとおり、乳児等支援給付

内容をご確認のうえ、□に✓、または■にしてください。

個人情報の提供等の同意	<input checked="" type="checkbox"/> 居住する市町村が、乳児等支援給付の認定のために、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 checked="" type="checkbox"/> 居住する市町村が、乳児等支援給付の認定のために、関係市町村から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 checked="" 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。

※児童と同居している方が申請者（保護者）	フリガナ	フクシマ ハナコ		生年月日	2001年0月0日	性別	女	児童との続柄	母
	氏名	福島 花子		生年月日	2001年0月0日	性別	女	児童との続柄	母
	現住所	〒960-8601 福島市五老内町3番1号		生年月日	2001年0月0日	性別	女	児童との続柄	母
	本年1月1日時点の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒	生年月日	2001年0月0日	性別	女	児童との続柄	母
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒960-8002 福島市森合町10番1号	生年月日	2001年0月0日	性別	女	児童との続柄	母
電話番号	080-XXXX-XXXX		メールアドレス	daretu@.....					

現住所と異なる場合は、住所を記載してください。

誤りがないよう、正確に記載・入力してください。メールアドレスが面談・利用予約等を行うシステムのログインIDとなります。

負担軽減の申請	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※生活保護を受給している場合、申請書に添付してください。 ※本年1月1日現在、住民票がない場合は、世帯主員の「市町村民税課税証明書」や「市町村民税納税通知書」の写しなど必要な書類を添付してください。	日中連絡可能な番号を記載・入力してください。	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
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	負担軽減の対象になるかたは、「有」にチェックしてください。なお、前年または本年1月1日時点の住所が福島市でないかたは、その市町村の市町村民税課税証明書を添付してください。		
既に認定を受けている児童の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	※ 認定期間		

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	申請者以外のかたが、「総合支援システム」（つうえんポータル）を利用したい場合、「有」にチェックのうえで、以降の記入欄を記載・入力してください。				
	フリガナ	フクシマ タロウ		生年月日	2003年0月0日	児童との続柄	父
	氏名	福島 太郎		生年月日	2003年0月0日	児童との続柄	父
	現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	生年月日	2003年0月0日	児童との続柄	父
	電話番号	090-XXXX-XXXX		メールアドレス	sougousien@.....		

乳児等支援給付（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	2	誰でも通園を利用したいお子さんの人数を記載・入力し、以降の記入欄は、その人数分のお子さんの情報を記載・入力してください。						
	1	フリガナ	フクシマ イチロウ		生年月日	2024年0月0日	性別	男	
		氏名	福島 一郎		生年月日	2024年0月0日	性別	男	
		現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	生年月日	2024年0月0日	性別	男	申請者（保護者）との続柄
	障害等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他	障害者手帳等をお持ちの場合は、「有」にチェックし、その受給状況の該当する□に✓、または■にしてください。また、お持ちの手帳等の写しを添付してください。				
	その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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：） <input type="checkbox"/> 指示書等の添付 <input type="checkbox"/> 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>） <input checked="" type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）	お子さんに配慮が必要な場合は、「有」にチェックし、詳細欄の該当する□に✓、または■にしてください。詳細欄の書類をお持ちのかたは、その写しを添付してください。				
	2	フリガナ	フクシマ ヨシコ		生年月日	2025年0月0日	性別	女	
		氏名	福島 良子		生年月日	2025年0月0日	性別	女	
		現住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	生年月日	2025年0月0日	性別	女	申請者（保護者）との続柄
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他					
	その他配慮すべき事項の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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：） <input type="checkbox"/> 指示書等の添付 <input checked="" type="checkbox"/> 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>： <input checked="" type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）					
	3	フリガナ			生年月日		性別		
		氏名			生年月日		性別		
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒	生年月日		性別		申請者（保護者）との続柄
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <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"/> その他					
その他配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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：） <input type="checkbox"/> 指示書等の添付 <input type="checkbox"/> 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>： <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載：）						