

該当する口に✓、または
■にしてください

こども誰でも通園制度 対象者確認申請書

記入例

情報閲覧・共有の同意	☒ こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な市区町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。 ☒ 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、住所地の市区町村と関係市区町村が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。										
※こどもと同居している方が申請者になります	フリガナ	フクシマ ハナコ		生年月日	2001年4月6日		性別	女	こどもの続柄	母	
	氏名	福島 花子									
	現住所	〒 960-8002 福島市森合町10番1号									
	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	〒 960-8601 福島市五老内町3番1号								
	電話番号	080-XXXX-XXXX		メール	daretu@.....						
利用料減免の申請	☒ 有 ☐ 無	日中連絡可能な番号を記載・入力してください									
前自治体での利用の有無	☐ 有 ☒ 無	減免の対象になるかたは、「有」にチェックし、「利用料減免内容申告書」を提出してください									
既に認定を受けているこどもの有無	☐ 有 ☒ 無	※有無により									
代理利用者	総合支援システムの代理利用者	☒ 有 ☐ 無		申請者以外のかたが、「総合支援システム」を利用したい場合、「有」にチェックの上で、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8月30日		こどもの続柄	父			
	氏名	福島 太郎									
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒							
	電話番号	090-XXXX-XXXX		メールアドレス	sougousien@.....						
こども誰でも通園制度の対象者確認を希望するこども	確認を希望するこどもの数	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							
	フリガナ	フクシマ イチロウ		生年月日	2023年9月7日		性別	男			
	氏名	福島 一郎									
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる				申請者との続柄		長男			
	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金							
	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>：ソバアレルギー 添付あり / 添付無し ☐ その他（具体的に記載：							
	フリガナ	フクシマ ヨシコ		生年月日							
	氏名	福島 良子									
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる				申請者との続柄		長女			
	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☒ 無	障害に係る手当等の受給状況	☒ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金							
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：								
フリガナ			生年月日								
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						
障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金								
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：								