

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

鹿児島市長 殿

子ども・子育て支援法第30条の15第1項の規定により、乳児等支援給付に係る認定について次のとおり申請します。

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> こども誰でも通園制度の利用に当たり、申請者及び本申請の対象となるこども(以下「申請児童」という。)並びに同一の世帯に属する者に係る必要な課税情報及び世帯情報等を鹿児島市及び関係市区町村が閲覧することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 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、住所地の市町村と関係市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。
	<input type="checkbox"/> 申請した内容に変更がある場合には、必要な手続(乳児等支援給付の取消、変更に関する手続等)を行うことに同意します。

申込日	年	月	日						
申請者(保護者) 注:申請児童と同居し現に監護している方	フリガナ				生年月日	年	月	日	申請児童との続柄
	氏名								
	住所	現住所	〒						
		本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 鹿児島市内			昨年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 鹿児島市内		
			<input type="checkbox"/> 市外(自治体:)			<input type="checkbox"/> 市外(自治体:)			
メールアドレス					電話番号		-		
負担軽減加算資格の確認の同意 注:面談申請した事業所にも内容が通知されます	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	転入前市町村での認定の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
既に認定を受けている児童の有無 注:認定期間内の児童に限る。	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無							
上記の申請は右の者に委任します。	代理人氏名			続柄		住所	(申請者と同居所の場合は記載不要)		

- ・記載のメールアドレスを使用して、こども誰でも通園制度総合支援システム(以下「システム」という。)のログインIDを発行いたします。
- ・右記にある二次元コードから、記載のメールアドレスを電子申請により登録してください。



申請児童	1	フリガナ				生年月日	年	月	日	年齢
		氏名								
		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給				
					<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 国民年金の障害基礎年金受給				
					<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	注:療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳は写しを添付してください。				
		園への特記事項(アレルギーや疾患等)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	注:アレルギーや疾患等の詳細をシステムに登録していただく必要があります。					
		在籍確認	<input type="checkbox"/> 認可保育所、認定こども園、小規模保育事業又は企業主導型保育事業を利用していません(一時預かりを除く。)							
	2	フリガナ				生年月日	年	月	日	年齢
		氏名								
		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給				
					<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 国民年金の障害基礎年金受給				
					<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	注:療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳は写しを添付してください。				
		園への特記事項(アレルギーや疾患等)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	注:アレルギーや疾患等の詳細をシステムに登録していただく必要があります。					
		在籍確認	<input type="checkbox"/> 認可保育所、認定こども園、小規模保育事業又は企業主導型保育事業を利用していません(一時預かりを除く。)							
	3	フリガナ				生年月日	年	月	日	年齢
氏名										
障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給					
				<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 国民年金の障害基礎年金受給					
				<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	注:療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳は写しを添付してください。					
	園への特記事項(アレルギーや疾患等)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	注:アレルギーや疾患等の詳細をシステムに登録していただく必要があります。						
	在籍確認	<input type="checkbox"/> 認可保育所、認定こども園、小規模保育事業又は企業主導型保育事業を利用していません(一時預かりを除く。)								

(裏面あり)

代理利用者	総合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	年	月	日	申請児童 との続柄		
	氏名										
	住所	現住所	〒								
		本年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 鹿児島市内 <input type="checkbox"/> 市外(自治体：)			昨年1月1日 時点の住所	<input type="checkbox"/> 鹿児島市内 <input type="checkbox"/> 市外(自治体：)				
メールアドレス					電話番号		-		-		

・代理利用者の方もメールアドレスの登録が必要です。表面の2次元コードから登録をしてください。

市記入欄

受付欄		資格等確認・データ入力欄					照査
受付印	本人(申請者)確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付身分証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付印	資格確認 <input type="checkbox"/> 年齢(6か月~3歳) <input type="checkbox"/> 保育所等利用無 <input type="checkbox"/> メアド電子申請	負担軽減 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 所得割額77,101円未満 <input type="checkbox"/> 要支援・保護世帯	加算 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 医療的ケア児 <input type="checkbox"/> 要支援家庭のこども	照査印	

受付欄