

様式第8号(第6条関係)

乳児等支援給付(こども誰でも通園制度)認定申請書

年 月 日

日立市長 殿

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	利用認定申請に際し、以下の事項に同意いただきます。 (個人情報取扱い) 1 制度の利用に必要な範囲で、必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報を閲覧すること。 2 複数の施設を利用する場合、利用後に施設職員が入力する「当日のこどもの行動記録」について、利用する施設間で互いに参照できること。 3 利用料の負担軽減を申請する場合、負担軽減の対象者であることが認定証に記載され、利用を希望する施設にも情報が共有されること。 4 障害者手帳等や医療的ケアが必要なお子様で、手帳等や診断書等のファイルを添付していただく場合、該当する要件が認定証に記載され、利用を希望する施設にも情報が共有されること。 5 関係機関による支援が特に必要と思われる家庭については、市や利用する施設を始め関係機関と情報を共有する可能性があること。 (その他) 1 利用の認定がされた場合においても、対象のお子さんに医療的なケアの必要がある場合や、職員の配置の都合等により受入れ施設の体制が整わない場合には、利用ができない場合があること。 ※詳しくは、利用を希望する施設にご確認ください。 2 利用の認定を受けた後において、利用する資格のないことが判明した場合には、その時点で利用認定を自動的に取り消されること。 3 故意か否かに関わらず、利用後に利用する資格のないことや不正利用が判明した場合、利用認定を取り消されるとともに、市から施設へ交付する給付金相当額の支払いを求められた際には、速やかに支払うこと。 4 「乳児等支援給付費」については、原則として市から施設へ交付する方式となること(施設による代理受領)。
	<input type="checkbox"/> 上記の全てに同意します。

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	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	〒				
申請者の電話番号	( )	メールアドレス					
負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(「有」の場合) 該当する要件	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 保護者全員の市町村民税所得割合算額が計77,101円未満				
	※ 本年1月1日現在、日立市に住民票がない場合は、世帯全員の「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。						
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(「有」の場合) 利用していた市町村					
既に認定を受けている児童の有無 ※ 認定期間内の児童のみ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(「有」の場合) その児童の情報	フリガナ	生年月日	年 月 日	性別	
			氏名				

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	年 月 日	性別	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	( )	メールアドレス				

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	利用を希望する児童の数		人							
	フリガナ				生年月日	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(保護者)との続柄				
	1 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	<input type="checkbox"/> 疾患等 (診断名等及び必要となる配慮等： □指示書等の添付 ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (アレルギーの原因食材： [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 ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載： )						
	フリガナ				生年月日	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(保護者)との続柄				
	2 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	<input type="checkbox"/> 疾患等 (診断名等及び必要となる配慮等： □指示書等の添付 ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (アレルギーの原因食材： [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 ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載： )						
	フリガナ				生年月日	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(保護者)との続柄				
	3 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	<input type="checkbox"/> 疾患等 (診断名等及び必要となる配慮等： □指示書等の添付 ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (アレルギーの原因食材： [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 ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載： )							