

個人情報の提供等の同意	☐ 居住する市町村が、乳児等支給給付の認定のため、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。
	☐ 居住する市町村が、乳児等支給給付の認定のため、関係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。
	☐ 申請した内容に変更がある場合には、必要な手続き(乳児等支給給付認定の消滅、変更に関する手続き等)を行うことに同意します。

代理利用者	総合支援システムの代理利用者		☐ 有 ☐ 無					
	フリガナ				生年月日		児童との続柄	
	氏名							
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 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	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	☐ 申請者と同一 ☐ 申請者と異なる					〒		申請者(保護者)との続柄	
		障害等の有無	☐ 有 ☐ 無		添付書類	☐ 身体障害者手帳 ☐ 障害児通所給付費等の受給者証 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ その他					
		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:					
	2	フリガナ						生年月日		性別	
		氏名									
		現住所	☐ 申請者と同一 ☐ 申請者と異なる					〒		申請者(保護者)との続柄	
		障害等の有無	☐ 有 ☐ 無		添付書類	☐ 身体障害者手帳 ☐ 障害児通所給付費等の受給者証 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ その他					
		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:					
	3	フリガナ						生年月日		性別	
		氏名									
		現住所	☐ 申請者と同一 ☐ 申請者と異なる					〒		申請者(保護者)との続柄	
		障害等の有無	☐ 有 ☐ 無		添付書類	☐ 身体障害者手帳 ☐ 障害児通所給付費等の受給者証 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ その他					
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:						