

乳児等支援給付認定申請書

令和 年 月 日

伊万里市長 様

子ども・子育て支援法第30条の15第1項に規定する乳児等支援給付に係る認定について、次に掲げる事項に同意し、下記のとおり申請します。

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 乳児等支援給付の認定を申請するに当たり、市区町村民税、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。
	<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。

記

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	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 〒			
	電話番号		メールアドレス		
転入前の市町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	既に認定を受けている児童（兄弟姉妹）の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

総合支援システムの代理利用者 <input type="checkbox"/> 有（右欄を記入） <input type="checkbox"/> 無	フリガナ		生年月日	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		

乳児等支援給付の認定を受けようとする児童	フリガナ		生年月日	申請者との続柄		
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 〒				
	配慮すべき事項の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障がい者手帳の有無及び障がいに係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当		
	配慮すべき事項の詳細	<input type="checkbox"/> 疾患等 診断名等： 必要となる配慮等： 指示書等の添付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー等 アレルゲン： 医師の診断及び指示： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入：				