

曾於市長 宛て

住 所
氏 名

印

曾於市乳児等支援給付認定申請書

下記のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

記

1 申請者（保護者）

| | | | | |
|----------------|------|---|-----------------------------------|--|
| 保 護 者 | 住 所 | 曾於市 | | |
| | 氏 名 | | 児童との続柄 | |
| | 生年月日 | | 性 別 | |
| | 電話番号 | | メールアドレス | |
| 転入前の住所地での利用の有無 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 既に認定を受けている児童の有無 (認定期間内の児童に限る。) | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |

2 乳児等支援給付の認定を受けようとする児童

| | | | | |
|------------------|------|--|------------|--|
| 申 請 児 童 | 住 所 | 曾於市 | | |
| | 氏 名 | | 申請者との続柄 | |
| | 生年月日 | | 性 別 | |
| 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： <input type="checkbox"/> 指示書等の添付) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (医師の診断及び指示 〈生活管理指導表を添付〉： <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付なし) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載：) |
| 備 考 | | | | |

3 個人情報の提供等の同意（同意する場合は□に✓を記入）

- 市が、乳児等支援給付の認定のため、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（乳児等支援給付認定の消滅、変更に関する手続等）を行うことに同意します。