

品川区乳児等支援給付(子ども誰でも通園制度)認定申請書

品川区長あて

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	<input type="checkbox"/>	居住する市区町村が、乳児等支援給付の認定のため、必要な市区町村民税および世帯情報、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。
	<input type="checkbox"/>	居住する市区町村が、乳児等支援給付の認定のため、関係市区町村から申請者およ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。
	<input type="checkbox"/>	申請した内容に変更がある場合には、必要な手続き(乳児等支援給付認定の消滅、変更に関する手続き等)を行うことに同意します。
利用条件の同意	<input type="checkbox"/>	本事業の利用対象は、幼稚園、認定こども園、認可保育所、地域型保育事業または企業主導型保育事業に <u>通っていない</u> 0歳6か月から3歳未満の児童であることを理解し、申請します。
	<input type="checkbox"/>	品川区外の施設を利用する場合、利用時間の上限は10時間です。利用料金が発生する可能性があり、利用料の選付は、別途、補助金の申請をする必要があります。 なお、生活保護受給世帯、区民税所得割合計額77,101円未満である世帯等の場合は、利用料金の減免対象となる場合がありますので該当する場合はお問い合わせください。

内容をご確認の上、☑を入れてください。

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		性別		児童との続柄	
	氏名								
	現住所	〒							
	電話番号			メールアドレス					
子ども誰でも通園制度総合支援システムのアカウント	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※メールアドレスが、子ども誰でも通園制度総合支援システムのログインIDになりますので、記入漏れや記載誤りにご注意ください。						

兄弟姉妹が利用していたことがある、または他自治体などで過去に利用したことがある方は「有」を選択してください。

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	申請者の他に、総合支援システムを利用する方がいる場合、「有」を選択してください。				
	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(異なる場合のみ右欄記載)		〒					
電話番号			メールアドレス						

裏面に続きます

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		3人以上になる場合は、4人目以降を別の用紙に記載してください。				
	1	フリガナ				生年月日	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(異なる場合のみ右欄記載)		〒			
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手当等の 受給状況	<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(愛の手帳) <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		左記に該当するものをお持ちの場合、写しをご提出ください。	
	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(診断名等および必要となる配慮等: <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載: 医療的ケアの必要性 <input type="checkbox"/> 有(内容 <input type="checkbox"/> 無			
	2	フリガナ				生年月日	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(異なる場合のみ右欄記載)		〒			
	障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手当等の 受給状況	<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(愛の手帳) <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		左記に該当するものをお持ちの場合、写しをご提出ください。	
	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(診断名等および必要となる配慮等: <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載: 医療的ケアの必要性 <input type="checkbox"/> 有(内容 <input type="checkbox"/> 無			
	3	フリガナ				生年月日	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(異なる場合のみ右欄記載)		〒				
障害等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手当等の 受給状況	<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(愛の手帳) <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		左記に該当するものをお持ちの場合、写しをご提出ください。		
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(診断名等および必要となる配慮等: <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載: 医療的ケアの必要性 <input type="checkbox"/> 有(内容 <input type="checkbox"/> 無				