

西川町乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

西川町長 様

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。 申込日 年 月 日

保護者（申請者）住所：西川町大字

連絡先①： (所有者)

連絡先②： (所有者)

個人情報の 提供等の同意	☐ 市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を利用することに同意します。
	☐ 関係市町村から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取得することに同意します。

保護者 (申請者)	フリガナ		児童 との 続柄		生年月日	年 月 日	性別	
	氏 名							
	フリガナ		児童 との 続柄		生年月日	年 月 日	性別	
	氏 名							
転入前の市町村での 利用の有無		☐ 有 ☐ 無	既に認定を受けている 児童の有無		☐ 有 ☐ 無			

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	1	フリガナ			生年月日	年 月 日	☐ 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 ()
		氏 名					
		障害者手帳等の 有無	☐ 有 ☐ 無	添付書類	☐ 疾患等 (診断名等・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・指示) ☐ 生活管理指導表等の添付 ☐ その他 ()		
		その他配慮すべき 事項の有無	☐ 有 ☐ 無				
	2	フリガナ			生年月日	年 月 日	☐ 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 ()
		氏 名					
		障害者手帳等の 有無	☐ 有 ☐ 無	添付書類	☐ 疾患等 (診断名等・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・指示) ☐ 生活管理指導表等の添付 ☐ その他 ()		
		その他配慮すべき 事項の有無	☐ 有 ☐ 無				