

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定・変更申請書

春日部市長 あて

次の通り、乳児等支援給付に係る認定・変更を申請します。

(申請保護者)	フリガナ		性別	続柄	生年月日
	氏名				年 月 日
	現住所	メールアドレス			
	〒	@			
	電話番号①	電話番号②			
	— —	<input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> ()	— —	<input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> ()	
	他市区町村での利用歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	自治体名	
	利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市民税所得割額が77,101円未満の世帯	

申請こども	フリガナ		性別	続柄	生年月日
	氏名				年 月 日
	主な利用（予定）施設	利用開始（予定）日			
		<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園 <input type="checkbox"/> 認定こども園 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日		
	申請こどもの現住所	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 別居	〒	
	複数の施設を利用する予定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	施設名	
	障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 診断（判定）書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	※以下に詳細を記載	
	<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 （医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>：) <input type="checkbox"/> 添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し				
<input type="checkbox"/> その他 （具体的に記載：)					

- こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な乳児等支援給付について重要な事項です。それぞれご確認いただき、同意いただける場合は□にチェックをお願いいたします。

確認事項		チェック
〈全員共通〉		
1	こども誰でも通園制度の内容および利用施設の実施内容を確認し理解しました。	<input type="checkbox"/>
2	利用開始日現在、保育認定を受けており、かつ保育施設を利用している場合には、本認定の申請はできません。	<input type="checkbox"/>
3	申請内容に虚偽等があった場合には、認定が取消（無効）となり、給付費の返還命令が遡って行われることがあります。	<input type="checkbox"/>
4	申請情報（主な利用施設、世帯状況等）に変更があった場合、届出が必要です。すみやかに保育課へ連絡ください。	<input type="checkbox"/>
5	認定にあたり、必要な世帯状況や保育施設の入所状況等を閲覧します。	<input type="checkbox"/>
6	市外へ転出した場合、新たな市区町村で認定を取得する必要があります。すみやかに保育課と転出先の市区町村へ連絡ください。	<input type="checkbox"/>
7	受入可能な年齢や利用に係る料金、実施日程等は施設によって異なります。詳細は利用予定施設へ問い合わせください。	<input type="checkbox"/>
8	提出いただいた申請書や添付書類を返還することはできません。	<input type="checkbox"/>
〈利用料減免の申請をする方〉		
9	減免の対象となるのは、生活保護受給世帯、市民税所得割額が77,101円未満の世帯、要支援家庭です。	<input type="checkbox"/>
10	減免を希望する場合、該当世帯であることを証明する書類の提出が必要です。	<input type="checkbox"/>
11	利用料の減免の有無、また減免額は実施施設によって異なります。詳細は利用予定施設へ問合せください。	<input type="checkbox"/>
12	減免の判定にあたり、必要な情報を閲覧します。また他市区町村から提供を受けることがあります。	<input type="checkbox"/>
13	判定結果については、支給認定証に記載されます。 (支給認定証は制度利用時に施設に提示する必要があります)	<input type="checkbox"/>

備考

市記入欄

	認定日	認定期間	添付書類	弟妹添付
認定	年 月 日	年 月 日	<input type="checkbox"/> (非) 課税証明書 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳等 <input type="checkbox"/> 受給者証等 <input type="checkbox"/> その他 ()	利用施設
	入力担当者	～ 年 月 日		年 月 日生