

乳児等通園支援給付認定申請書

木島平村長 あて

年 月 日

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請します。

同意事項	<input type="checkbox"/> 居住する市町村が、乳児等支援給付の認定のため、必要な市町村民税及び世帯情報、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"/> 居住する市町村が、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。

申請者 (保護者) ※児童と同居の方	フリガナ		生年月日			
	氏名		性別		子との続柄	
	現住所					
	電話番号					
	メールアドレス					

対象児童 1	フリガナ		生年月日			
	氏名		性別		続柄	
	障がい等の有無	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）				
	その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他（ ） 主な症状（ ）				

対象児童 2	フリガナ		生年月日			
	氏名		性別		続柄	
	障がい等の有無	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）				
	その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他（ ） 主な症状（ ）				

対象児童 3	フリガナ		生年月日			
	氏名		性別		続柄	
	障がい等の有無	無・有（身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）				
	その他配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他（ ） 主な症状（ ）				