

こども誰でも通園制度対象者確認申請書

佐野市 長様

情報閲覧・共有の同意	☐ こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な市区町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。
	☐ 申請者の利用事業所の選択に資する情報提供及び円滑な制度の利用のため、住所地の市区町村と関係市区町村が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共有することに同意します。

申請者（保護者） ※こども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	年 月 日	性別		こどもの続柄	
	氏 名										
	現住所	〒									
	本年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる				〒					
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる				〒					
	電話番号					メールアドレス					
利用料減免の申請	☐ 有 ☐ 無		【同意事項】（減免申請を行う場合のみご確認ください。） ☐ 市が減免の決定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき減免の決定を行うことに同意します。 【減免の額】 生活保護 300円 市民税非課税 240円 市民税所得割額77,101円未満 210円 ※ 原則、保育課で税情報を確認させていただいておりますが、未申告等の理由により税情報の確認ができない場合は、個別で税情報（市町村民税課税証明書、市民税・県民税特別徴収金額の決定・変更通知書等）のご提出を対応をお願いする場合がございます。								
前自治体での利用の有無	☐ 有 ☐ 無										
既に認定を受けているこどもの有無 ※認定期間内のこどもの有無になります	☐ 有 ☐ 無										

代理利用者	総合支援システムの代理利用者	☐ 有 ☐ 無								
	フリガナ					生年月日	年 月 日	こどもの続柄		
	氏 名									
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒						
	電話番号					メールアドレス				

こども誰でも通園制度の対象者確認を希望するこども	確認を希望するこどもの人数											
	1	フリガナ					生年月日	年 月 日	性別			
		氏 名										
		現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒							
		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無		障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金						
		その他配慮すべき事項の有無	☐ 有 ☐ 無		配慮すべき事項の詳細	☐ 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等： ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー（医師の診断および指示＜生活管理指導表を添付＞： ☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載：						
		2	フリガナ					生年月日	年 月 日	性別		
	氏 名											
	現住所		☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒							
	障害者手帳等の有無		☐ 有 ☐ 無		障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金						
	その他配慮すべき事項の有無		☐ 有 ☐ 無		配慮すべき事項の詳細	☐ 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等： ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー（医師の診断および指示＜生活管理指導表を添付＞： ☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載：						
	3		フリガナ					生年月日	年 月 日	性別		
		氏 名										
		現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる		〒							
		障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無		障害に係る手当等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当 ☐ 障害年金						
		その他配慮すべき事項の有無	☐ 有 ☐ 無		配慮すべき事項の詳細	☐ 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等： ☐ 指示書等の添付 ☐ 食物アレルギー（医師の診断および指示＜生活管理指導表を添付＞： ☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載：						