

こども誰でも通園制度 対象者確認申請書

横須賀市長 殿

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業(以下、「こども誰でも通園制度」という)の利用にあたり必要な保護者及び保護者と同一世帯に属する方の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。		
	<input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> 本書に記載した内容は、こども誰でも通園制度の利用に必要な情報として認められる場合に、利用施設・事業者及び事前面談や利用予約を行った施設・事業者提供されること、こども誰でも通園制度に係る加算対象(障害児、医療的ケア児、要支援家庭のこども)や減免区分に該当する場合は、認定証に加算対象であることや減免区分が記載されることおよび、加算や減免に関する情報を施設・事業者と共有することに同意します。		
	<input type="checkbox"/> 申請内容が事実と相違した場合は、こども誰でも通園制度における対象こども認定を取り消すことに同意します。		

申請者(保護者)	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女 その他	こどもとの続柄	
	氏名											
	現住所	〒										
	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる(※1)	〒									
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる(※1)	〒									
	電話番号	-		-		メールアドレス						

利用料減免(※2)の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<small>(※1)横須賀市外の場合、別世帯の場合は、住民税の課税証明書を提出ください。提出がない場合、利用料減免判定が行えません。</small>									
前自治体での利用の有無(※3)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<small>(※2)生活保護世帯や市民税非課税世帯、市民税の所得割合算額が77,101円未満世帯が減免対象です。対象となるかどうかは、横須賀市で判定します。生活保護世帯の方は、受給者証明を提出してください。受給者証明は、生活支援課で発行できます。</small>									
申請時に、認定を受けている兄弟姉妹の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<small>(※3)前自治体への消滅申請が必要です。</small>									

保護者及び保護者と同一世帯の方(申請者を除く。単身赴任中の方も含む)	1	フリガナ			続柄	5	フリガナ			続柄
		氏名					氏名			
	2	フリガナ			続柄	6	フリガナ			続柄
		氏名					氏名			
	3	フリガナ			続柄	7	フリガナ			続柄
		氏名					氏名			
	4	フリガナ			続柄	8	フリガナ			続柄
		氏名					氏名			

こども誰でも通園制度の対象者確認を希望するこども	フリガナ			生年月日	令和	年	月	日	性別	男・女 その他	
	氏名										
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		申請者との続柄						
	1	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>有の場合、コピーを提出ください</small>	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 療育プログラム						
		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(指示書や生活管理指導表がある場合はコピーを提出ください)	<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"/> サポートプラン) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)						
	2	フリガナ			生年月日	令和	年	月	日	性別	男・女 その他
		氏名									
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		申請者との続柄					
		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>有の場合、コピーを提出ください</small>	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 療育プログラム						
		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(指示書や生活管理指導表がある場合はコピーを提出ください)	<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"/> サポートプラン) <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)						

3人目以降と代理利用者については裏面にご記入ください。

こども誰でも通園制度の対象者確認を希望するこども	フリガナ			生年月日	令和	年	月	日	性別	男・女 その他	
	氏名										
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		申請者との		続柄				
	3 障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、コピーを提出ください	障害に係る 手当等の受給状況		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 療育プログラム						
	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 (指示書や生活管理指導表がある場合はコピーを提出ください)		<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"/> サポートプラン)						
					<input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)						
	フリガナ			生年月日	令和	年	月	日	性別	男・女 その他	
	氏名										
現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		申請者との		続柄					
4 障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、コピーを提出ください	障害に係る 手当等の受給状況		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 療育プログラム							
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 (指示書や生活管理指導表がある場合はコピーを提出ください)		<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"/> サポートプラン)							
				<input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)							

代理利用者 (申請者に代わって、システムで予約等を行う方・祖父母等) (登録は任意です。)	総合支援システムの代理利用者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	フリガナ								
	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女 その他	こどもとの続柄
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒						
電話番号	-	-	メールアドレス						

事務担当：横須賀市 民生局福祉こども部 子育て支援課 入園係 046-822-9476