

古賀市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）利用申請書

(宛先) 古賀市長

利用を希望する こどもの確認	<input type="checkbox"/> 利用を希望するこどもは、生後6か月から満3歳未満です。
	<input type="checkbox"/> 利用を希望するこどもは、保育所・認定こども園（プレ通園を除く）、小規模保育事業所、家庭的保育事業所、事業所内保育事業所、居宅訪問型保育事業所、企業主導型保育事業所に通っていません。
利用不可の承諾	<input type="checkbox"/> 利用を希望する施設が保育士配置等で受け入れ体制が整わない場合は、利用できないことを承諾します。
情報閲覧・ 共有の同意	<input type="checkbox"/> 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等のため、住所地の市区町村や関係市区町村、関係事業所等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等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	ふりがな		生年月日		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	〒			
	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	〒			
	電話番号		メールアドレス			
利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 世帯の市民税所得割合算額が77,101円未満（世帯年収360万円未満相当）の世帯				
前自治体での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
既に認定を受けている こどもの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					

こども誰でも通園制度の 利用を希望するこども	利用を希望するこどもの数						
	1	ふりがな		生年月日		性別	
		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	障がいに係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金		
		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	<input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等： ※指示書等の写しの添付 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（具体的に記載： <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載： ） ） ）		
	2	ふりがな		生年月日		性別	
		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	障がいに係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金		
		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	<input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等： ※指示書等の写しの添付 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（具体的に記載： <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載： ） ） ）		
	3	ふりがな		生年月日		性別	
		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	障がいに係る 手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ※手帳の写しの添付 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害年金		
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	<input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等： ※指示書等の写しの添付 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー（具体的に記載： <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載： ） ） ）			