

桜井市子ども誰でも通園制度 対象者認定申請書

令和 年 月 日

桜井市長 殿

子ども誰でも通園制度を利用したいので、次の事項に同意のうえ、以下のとおり申請します。

- ・子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、世帯情報、申請者等の情報、及び保育所等の利用状況等を桜井市が閲覧することに同意します。
- ・子ども誰でも通園制度の利用にあたり必要な情報を桜井市と利用施設が共有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、桜井市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。
- ・利用料の特例の適用申請に必要な書類を提出します。利用料の特例が適用となる場合、利用施設に情報を共有し、桜井市から利用施設に対し特例により減額となった利用料を支払うことに同意します。

申請者(保護者) ※子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	男 女	子どもとの続柄	父 母	
	氏名								その他()	
	現住所	〒						配偶者	有 無	
	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						
子ども誰でも通園制度の対象者確認を希望することも	確認を希望する子どもの数	人								
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女			
	氏名									
	1	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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					
		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:) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女			
	氏名									
	2	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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					
		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:) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)					
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女			
	氏名									
	3	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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					
	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:) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他(具体的に記載:)						
世帯員 ※上記の対象者確認を希望することも以外	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	子どもとの続柄		
	氏名									
	フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	子どもとの続柄		
	氏名									
フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	子どもとの続柄			
氏名										
フリガナ			生年月日	年 月 日	性別	男 女	子どもとの続柄			
氏名										
利用料減免の申請	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 所得割7万7,101円未満の世帯) <input type="checkbox"/> 無									
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(認定期間内)子どもの有無				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

市記入欄	受付日	年 月 日	受付者	認定日	年 月 日	認定番号
	本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他()				