

子ども誰でも通園制度 対象者確認申請書

沼津市 長殿

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 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。

申請者（保護者） ※子ども同居している方が申請者になります	フリガナ			生年月日	性別	子どもの続柄	
	氏名						
	現住所	〒		申請者との続柄			
	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
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子どもの有無 ※認定期間内の子どもの有無になります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

代理利用者	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			生年月日	性別	子どもの続柄
	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	
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子ども	確認を希望する子どもの数						
	1	フリガナ			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 <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	〇疾患等（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"/> その他（具体的に記載： ）		
	2	フリガナ			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 <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	〇疾患等（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"/> その他（具体的に記載： ）		
	3	フリガナ			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 <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	〇疾患等（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"/> その他（具体的に記載： ）			