

## 乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

上尾市長様

年 月 日

申請に当たっての確認事項 (□をお願いします)	<input type="checkbox"/> 1.本事業を利用する児童は、保育所、認定こども園、地域型保育事業所、企業主導型保育施設を利用ていません。 <input type="checkbox"/> 2.利用可能期間は生後6か月から満3歳まで（3歳の誕生日の前々日まで）であることを理解しました。 <input type="checkbox"/> 3.本事業の利用可能時間は月10時間までであること、当月の余り時間を翌月に繰り越したり、翌月分を繰り上げて利用することはできないことを理解しました。 <input type="checkbox"/> 4.上尾市乳児等通園支援事業（こども誰でも通園制度）の利用におけるキャンセルポリシーを確認しました。 <input type="checkbox"/> 5.利用認定後（ID発行後）、こども誰でも通園制度総合支援システムに必要事項を登録することに同意します。 <input type="checkbox"/> 6.申込多数により、新規の児童面接を受付を一時的に停止することがあること、利用希望日に利用できないことがあることを了承します。 <input type="checkbox"/> 7.本認定申請において、「利用料軽減区分」欄にチェックがない場合であっても、公簿等により利用料の軽減対象世帯に該当することが判明した場合は、利用料の軽減対象となることに同意します。 <input type="checkbox"/> 8.本認定申請において、「障害者手帳・特別児童扶養手当・指定難病受給者証・通所受給者証の有無」欄で「有」を選択いただき、各種手帳や受給者証の写しを添付いただいた場合、施設に給付される乳児等支援給付費において「障害児保育加算」の対象児童と判定されることに同意します。 <input type="checkbox"/> 9.児童の疾病・障害の程度等によって、施設側の受け入れ体制が整わず安全なお預かりが困難である場合には、ご利用をお断りするがあることを了承します。 <input type="checkbox"/> 10.申請児童が1の施設に入所した場合や3歳の誕生日を迎えた場合、市外に転出した場合には、認定の要件を満たさなくなりますので、当該事実が発生する日の前日まで認定は終了となります。									
	情報閲覧・ 共有の同意事項 (□をお願いします)	<input type="checkbox"/> 1.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。 <input type="checkbox"/> 2.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"/> 3.施設と上尾市で本事業の実施に必要な範囲で保有情報を相互提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 4.施設での子どもの安心・安全なお預かりのため、乳幼児健診の結果やその後の状況、発育・発達に係る相談記録、障害福祉や子どもの疾病等に係る情報、その他子どもの保育に必要な情報について、子ども家庭保健課・こども発達センター・障害福祉課・児童発達支援事業所・病院・保育施設等に確認と共有することに同意します。								
		申請者（保護者） ※児童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	児童との続柄
			氏名				年 月 日	性別		
			現住所	〒						
	転入前の市町村での利用の有無	本年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	<input type="checkbox"/> 上尾市外の場合、市区町村名		前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 上尾市内 <input type="checkbox"/> 上尾市外	<input type="checkbox"/> 上尾市外の場合、市区町村名		
		電話番号				メールアドレス				

利用料軽減区分 ※該当する場合のみ□	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合、前市区町村名	きょうだいなど既に認定を受けている児童の有無 ※認定期間内の児童に限る				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯		※生活保護世帯に該当する場合、生活保護受給者証の写しを添付してください。						
乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）の認定を受けようとする児童	<input type="checkbox"/> 市民税所得割額合計 <input type="checkbox"/> 77,101円未満世帯（非課税世帯を含む）		※年収360万円未満相当世帯 ※市で市民税額を確認し、対象世帯であることがわかった場合は、利用料軽減の申請有無に関わらず、軽減の対象とします。 なお、父母（父母ともに非課税の場合、同居の祖父母も含む）のいずれかが、本年又は前年1月1日時点で上尾市外に居住していた場合は、居住していた市区町村の課税（非課税）証明書を添付してください。 ※4~8月は前年度の市民税額、9月~3月は本年度の市民税額を参照して対象判定を行います。						

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）の認定を受けようとする児童	フリガナ				生年月日	年 月 日			性別	
	氏名				年 月 日				性別	
	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	
	医療的ケアの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳・特別児童扶養手当・指定難病受給者証・通所受給者証の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害等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"/> 指定難病受給者証 <input type="checkbox"/> 通所受給者証				
	<input type="checkbox"/> その他配慮すべき事項（疾患、アレルギー等）の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配慮すべき事項の詳細		※左記に該当する場合、写しを添付してください。 <input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮） <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）				

《裏面に続きます》

保護者情報	いずれか当てはまる場合は□		□申請者と同じ（情報は記載不要）			□不在（情報は記載不要）				
	父	フリガナ				生年月日	年 月 日			
		氏名								
		現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒						
		本年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		
		いずれか当てはまる場合は□	□申請者と同じ（情報は記載不要）			□不在（情報は記載不要）				
		母	フリガナ				生年月日	年 月 日		
			氏名							
		現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒						
	本年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名			

同居祖父母の情報 ※この場合の「同居」とは、同一の住所に住む者を言い、住民登録上別世帯の同居者を含みます。（二世帯住宅の場合、建物の中で相互に行き来ができるれば同居とみなします。）	祖父母との同居状況について あてはまるものに□		□ 祖父又は祖母もしくはその両方と同居している（同居する祖父母の情報を下表に記載してください） □ 同居無し（情報は記載不要）							
	祖父	フリガナ				生年月日	年 月 日			
		氏名								
		本年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		
		祖母	フリガナ				生年月日	年 月 日		
			氏名							
		本年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		前年1月1日 時点の住所	□上尾市内 □上尾市外	上尾市外の場合、 市区町村名		

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	性別			
	氏名							児童との続柄		
	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						

添付書類 (該当する場合のみ□、必要な資料を添付)	状況			添付書類				
	□ 申請児童が身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、指定難病受給者証、通所受給者証の交付、特別児童扶養手当の支給がある場合			該当する手帳、受給者証、受給証明書の写し				
	□ 生活保護受給世帯の場合			生活保護受給者証の写し				
	市民税所得割額合計77,101円未満（年収360万円未満相当）世帯で、かつ父母（父□母ともに非課税の場合、同居の祖父母も含む）のいずれかが、本年又は前年1月1日時点で上尾市外に居住していた場合			該当する方の、以下の書類 4~8月：前年1月1日に住民登録があった市区町村の前年度分課税（非課税）証明書 9~3月：本年1月1日に住民登録があった市区町村の今年度分課税（非課税）証明書				