

浜田市長 様

申請者 住所

氏名

※ 署名又は記名押印

乳児等通園支援事業利用認定申請書

乳児等通園支援事業を利用したいので、次のとおり浜田市乳児等通園支援事業実施要綱第 4 条の規定により申請します。

個人情 報の提 供等 の 同意	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業利用の認定のため、必要な市民税、世帯情報、申請者等の情報（要配慮個人情報を含む。）等を閲覧することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 乳児等通園支援事業利用の認定のため、関係市町村から申請者及び対象乳児等に係る情報（要配慮個人情報を含む。）並びに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"/> 実施施設と浜田市の間で事業の実施に必要な情報を共有することに同意します。

○申請者（保護者）※乳児等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	
氏名		性別	
現住所			
本年 1 月 1 日時点 の住所	※現住所と異なる場合に記載してください。		
前年 1 月 1 日時点 の住所	※現住所と異なる場合に記載してください。		
電話番号			
メールアドレス			
負担軽減の申請	□有 □無		
転入前の市町村での利用の有無	□有 □無		
既に認定を受けている乳児等の有無 ※認定期間内の乳児等に限る。	□有 □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	
氏名		乳児等との続柄	
現住所	※申請者住所と異なる場合に記載してください。		
電話番号			
メールアドレス			

乳児等通園支援事業の対象者確認を希望する乳児等			
フリガナ		生年月日	
氏名		性別	
現住所	※申請者住所と異なる場合に記載してください。		
障がい等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	添付書類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費等の受給者証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の受給証明書 <input type="checkbox"/> その他