様式第１号（第６条関係）

乳児等支援給付認定申請書

申請日　　年　月　日

基山町長様

次のとおり、乳児等支援給付に係る認定について申請いたします。

１．個人情報の提供等の同意

□	乳児等支援給付の認定のため、必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報（要配慮個人情報含む）等を利用することに同意します。
□	乳児等支援給付の認定のため、関係市町村から申請者及び申請児童に係る情報（要配慮個人情報を含む）や制度の利用状況に係る情報を取得することに同意します。
□	申請した内容に変更がある場合には、必要な手続き（乳児等支援給付認定の消滅、変更に関する手続き等）を行うことに同意します。

２．申請者（保護者）情報

※児童と同居している方が申請者になります。

フリガナ 氏名		生年月日		性別		児童との続柄	
現住所	〒						
本年1月1日時点の住所	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒					
前年1月1日時点の住所	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒					
電話番号		メールアドレス					
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児童の有無 ※認定期間内の児童に限る	□有　□無						

３．乳児等支援給付の認定を受けようとする児童

1	フリガナ 氏名		生年月日		性別	
現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒		申請者との続柄		
障害等の有無 □有　□無	添付書類	□身体障害者手帳 □障害児通所給付費等の受給者証 □療育手帳		□精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □その他		
その他配慮すべき事項の有無 □有　□無	配慮すべき事項の詳細	□疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：　　） □指示書等の添付 □食物アレルギー（医師の診断および指示：　　） □その他（具体的に記載：　　）				
2	フリガナ 氏名		生年月日		性別	
現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒		申請者との続柄		
障害等の有無 □有　□無	添付書類	□身体障害者手帳 □障害児通所給付費等の受給者証 □療育手帳		□精神障害者保健福祉手帳 □特別児童扶養手当 □その他		
その他配慮すべき事項の有無 □有　□無	配慮すべき事項の詳細	□疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：　　） □指示書等の添付 □食物アレルギー（医師の診断および指示：　　） □その他（具体的に記載：　　）				