

千歳市乳児等通園支援事業利用資格認定申請書

千歳市長 様

1. 情報閲覧・共有の同意

☐	乳児等通園支援事業の利用にあたり、市が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。
☐	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。
☐	申請内容が事実と相違している場合は、資格認定の取消しとなり、取り消した後に利用した時間について利用料が発生する場合があることに同意します。

2. 申請者（保護者）

フリガナ		生年 月日		こどもとの続柄	
氏名					
現住所	(郵便番号)				
R7. 1. 1時点 の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる	(郵便番号)			
R6. 1. 1時点 の住所	☐ 現住所と同じ ☐ 現住所と異なる	(郵便番号)			
電話番号		メールアドレス			

3. 利用資格認定を希望するこども

確認を希望するこどもの数								
フリガナ			生年 月日			性別		
氏名								
現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒			利用希望 施設			
障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに係る手当 等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当					
その他配慮すべき事項	☐ 有 ☐ 無	☐ 疾患等（診断名等：） ☐ 食物アレルギー（） ☐ その他（具体的に記載：）						

フリガナ		生年 月日		性別	
氏名					
現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒		利用希望 施設	
障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに係る手当 等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当		
その他配慮すべき事項	☐ 有 ☐ 無	☐ 疾患等（診断名等：） ☐ 食物アレルギー（） ☐ その他（具体的に記載：）			

フリガナ		生年 月日		性別	
氏名					
現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒		利用希望 施設	
障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障がいに係る手当 等の受給状況	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 特別児童扶養手当		
その他配慮すべき事項	☐ 有 ☐ 無	☐ 疾患等（診断名等：） ☐ 食物アレルギー（） ☐ その他（具体的に記載：）			

[illegible]