奥州市乳児等通園支援事業利用登録申請書

奥州市長 宛

情報閲覧・共有の同意	☐ 事業の利用登録に当たり必要な市区町村民税及び世帯情報、申請者等の情報を市が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） ※子どもと同居している方	フリガナ		生年月日	性別	子どもとの続柄	
	氏名					
	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			
前自治体での利用の有無	☐ 有 ☐ 無	右欄(1)～(4)への該当 ☐ 有 (1 2 3 4) ※いずれかに○ ☐ 無	(1) 生活保護世帯 該当する場合は、生活保護受給証明書を添付			
既に利用登録の承認を受けている子どもの有無	☐ 有 ☐ 無		(2) 市町村民税非課税世帯 該当する場合は、市町村民税課税所得証明書を添付 ※本年又は前年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に限る。 (3) 市町村民税所得割額が77,101円未満の世帯 該当する場合は、市町村民税課税所得証明書を添付 ※本年又は前年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に限る。 (4) その他要支援児童等のいる世帯			

代理利用者 ※申請者（保護者）の他に予約システムを利用する方	代理利用者の利用登録希望	☐ 有 ☐ 無				
	フリガナ		生年月日	性別	子どもとの続柄	
	氏名					
	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			

(裏面に続きます)

(裏面)

事業の利用を希望する子ども	利用を希望する子どもの数										
	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		〒				申請者との続柄			
	1	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害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 ☐ 障害年金						
		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について記載 () 指示書等の添付： あり / なし ☐ 食物アレルギー ※医師の診断及び指示について記載 () 生活管理指導表の添付： あり / なし ☐ 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		〒				申請者との続柄			
	2	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害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 ☐ 障害年金						
		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について記載 () 指示書等の添付： あり / なし ☐ 食物アレルギー ※医師の診断及び指示について記載 () 生活管理指導表の添付： あり / なし ☐ 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		〒				申請者との続柄			
	3	障害者手帳等の有無	☐ 有 ☐ 無	障害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 ☐ 障害年金						
	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について記載 () 指示書等の添付： あり / なし ☐ 食物アレルギー ※医師の診断及び指示について記載 () 生活管理指導表の添付： あり / なし ☐ その他 ※具体的に記載 ()							