

乳児等支援給付(子ども誰でも通園制度)認定申請書

大分市長 殿

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。

年 月 日

情報閲覧・共有の同意	<input type="checkbox"/> 子ども誰でも通園制度の利用に当たり必要な市区町村民税及び世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。
	<input type="checkbox"/> 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、住所地の市町村と関係市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"/> 申請した内容に変更がある場合には、必要な手続(乳児等支援給付認定の消滅、変更に関する手続等)を行うことに同意します。

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	性別	児童との続柄	
	氏名					
	現住所	〒				
	今年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒			
	前年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる	〒			
	電話番号		メールアドレス			
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 適用あり	※申請中、適用ありの場合は担当者名を記入			開始(申請)年月日	
負担軽減の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※市区町村民税所得割合算額が77,101円未満の世帯である場合(非課税世帯を含む)は「有」をチェックしてください。				
転入前の市区町村での利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

※令和8年4月～8月までに利用開始希望される方で令和7年1月1日時点で大分市に住居登録がない方は、保護者及び配偶者(パートナー)の住民があった市町村で「令和7年度の市民税課税額及び所得額がわかる証明書」を、または令和8年9月～令和9年3月までに利用開始希望される方で令和8年1月1日時点で大分市に住居登録がない方は、保護者及び配偶者(パートナー)の住民があった市町村で「令和8年度の市民税課税額及び所得額がわかる証明書」を取得し添付してください。

乳児等支援給付(子ども誰でも通園制度)の認定を受けようとする児童	確認を希望する児童の数					
	1	フリガナ		生年月日	性別	
		氏名				
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		
		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他
	2	フリガナ		生年月日	性別	
		氏名				
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		
		障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他
	3	フリガナ		生年月日	性別	
		氏名				
		現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒		
障害者手帳等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害に係る手当等の受給状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <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"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他	

(裏面)

申請児童の家庭状況	同居者（表面以外の同居者を全員記入してください）	フリガナ		児童との続柄	生年月日		
		氏名					
	別居の保護者（離別等を除く）	※配偶者が別世帯の場合のみ以下の記載をお願いします。（現住所と異なる場合は、以下にその住所地を記載してください。）					
		フリガナ		児童との続柄	生年月日		
氏名							
現住所		〒					
今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる			都・道府・県	市・区・町・村		
前年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる			都・道府・県	市・区・町・村		
保護者の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 離婚調停中(裁判中含む。) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別等 <input type="checkbox"/> その他						

（保護者の代理利用者・祖父母等）	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			児童との続柄	生年月日	
	氏名					
	現住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる	〒			
	電話番号			メールアドレス		