様式第１号（第３条関係）

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定申請書

神　戸　市　長　宛

次のとおり、乳児等支援給付にかかる認定について申請します。

記入日　　年　　月　　日

個人情報の提供等の同意 （□に✓を入れてください）	□　神戸市が、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）の認定のため、必要な市町村民税及び世帯情報、申請者等の情報を閲覧、利用することに同意します。
	□　利用予定施設へ申請者及び申請児童に係る情報を提供すること、神戸市や利用予定施設が代理で予約等を行うことに同意します。
	□　神戸市が、乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）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や制度の利用状況に係る情報を取得、または提供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（こども誰でも通園制度）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。

申請者（保護者） ※こども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	年　月　日	性別		こどもとの続柄	
	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	〒	※現住所と異なる場合にご記入ください。					
	前年1月1日時点の住所	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒	※現住所と異なる場合にご記入ください。					
	電話番号		メールアドレス						
利用料減免（負担軽減）の申請	□有　□無	（利用料減免有の場合）利用料減免区分	□　生活保護世帯 □　市町村民税所得割課税額合計が77101円未満の世帯（非課税世帯を含む） □　その他（神戸市が特に支援が必要と認めた世帯）	該当する減免区分によって、下記の書類を添付してください。 【市町村民税所得割課税額合計が77101円未満の世帯】 1月1日時点の住所が神戸市外の場合は、課税証明（世帯全員の証明書）を添付してください。 ※4～8月利用の場合は申請日の前年度、9～3月利用の場合は申請日の年度（当年度）の課税証明が必要です。					
前自治体での利用の有無	□有　□無	前自治体で利用有の場合	□　前自治体に資格消滅申請書を提出した。 □　前自治体に資格消滅申請書を提出していない。（資格消滅申請を提出した後、神戸市での認定申請をしてください）						
既に認定を受けているこどもの有無 ※認定期間内のこどもに限る	□有　□無								

代理利用者 （申請者の他に施設の予約等を行う者）	代理利用者	□有　□無							
	フリガナ			生年月日	年　月　日	性別		こどもとの続柄	
	氏名								
	現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒	※申請者と異なる場合にご記入ください。					
	電話番号		メールアドレス	※申請者と同じメールアドレスは使用できません。					

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）の認定を受けようとするこども	確認を希望するこどもの数								
1	フリガナ			生年月日	年　月　日	性別			
	氏名								
	現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	※申請者と異なる場合は申請できません。こどもと同居している方からご申請ください。			申請者との続柄			
	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	左記のいずれかに該当する場合、受給を証明する書類を添付してください。 【障害】 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 【特別児童扶養手当】 特別児童扶養手当受給証明書の写し				
	利用予定施設	※複数施設記入可							
2	フリガナ			生年月日	年　月　日	性別			
	氏名								
	現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	※申請者と異なる場合は申請できません。こどもと同居している方がご申請ください。			申請者との続柄			
	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	左記のいずれかに該当する場合、受給を証明する書類を添付してください。 【障害】 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 【特別児童扶養手当】 特別児童扶養手当受給証明書の写し				
	利用予定施設	※複数施設記入可							
3	フリガナ			生年月日	年　月　日	性別			
	氏名								
	現住所	□申請者と同じ □申請者と異なる	※申請者と異なる場合は申請できません。こどもと同居している方がご申請ください。			申請者との続柄			
	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	左記のいずれかに該当する場合、受給を証明する書類を添付してください。 【障害】 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 【特別児童扶養手当】 特別児童扶養手当受給証明書の写し				
	利用予定施設	※複数施設記入可							