

こども誰でも通園制度 対象者確認申請書

記入例

(宛先) 函館市長

情報閲覧・共有の同意	☒ 同意事項をご確認の上、チェックを入れてください。	者等の情報等を閲覧することに同意します。
	☒ 申請書の提出に必要と認められる情報（住所、氏名、生年月日、性別、年齢、学歴、職業、収入、資産、負債、家族構成、その他）を共有することに同意します。	所在地の市区町村と関係市区町村が申請者およ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	ハコダテ ハナ		生年月日	昭和・平成 10年5月3日	性別	男・女	こどもの続柄	父 母 母
	氏名	函館 華							
	現住所	〒040-0013 函館市東雲町4番13号		お子さまと同居している保護者で、通常、利用予約を行う方を申請者としてください。					
	本年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 札幌市中央区〇〇						
	前年1月1日時点の住所	☐ 現住所と同じ ☒ 現住所と異なる	〒 七飯町〇〇						
	電話番号	090-●●●●-●●●●		メールアドレス	裏面①のQRコードを読み取ってください。				

利用料減免の申請	☐ 有 ☒ 無	有に ☒ した場合、減免申請書を提出してください。 前自治体で総合支援システムに利用者登録がある場合、前自治体に消滅申請書の提出が必要となります。 提出がない場合、利用者情報の引き継ぎができません。
前自治体での利用の有無	☐ 有 ☒ 無	
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の有無になります	☐ 有 ☒ 無	

代理利用者	総合支援システムの代理利用者						
	フリガナ		生年月日	昭和・平成 9年3月10日	こどもの続柄	父・母・その他	
	氏名	申請者以外に利用予約を行う方がいる場合に記入してください。 いない場合は、空欄としてください。					
	現住所						
電話番号	000-1111-2222		メールアドレス	裏面②のQRコードを読み取ってください。			

こども誰でも通園制度の対象者確認を希望するこども	確認を希望するこどもの数	1	申請するお子さま全員をご記入ください。 4人以上いる場合は、この申請書をコピーして2枚目の申請書に4人目以降のお子さまをご記入ください。										
	フリガナ												
	氏名												
	現住所	☒ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒										
	1 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 ☐ 障害年金	該当する項目にチェックを入れ、手帳等の写しを同封してください。								
	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（診断書等） ☐ 指示書等 ☐ 食物アレルギー（医師の診断および指示） ☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載）	該当する項目にチェックを入れてください。								
	フリガナ		生年月日	令和 年 月 日	性別	男・女							
	氏名												
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒										
	2 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 ☐ 障害年金									
	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（診断書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） ☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載）									
	フリガナ		生年月日	令和 年 月 日	性別	男・女							
	氏名												
	現住所	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者と異なる	〒										
	3 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 ☐ 障害年金									
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（診断書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） ☐ 添付あり / ☐ 添付無し ☐ その他（具体的に記載）										