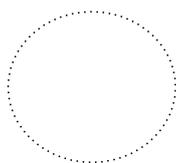


## 帯広市 乳児等支援給付にかかる認定申請書

受付



申請日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

(あて先) 帯広市長 様

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。

認定 保護者 ※1	氏名	(フリガナ)		支給対象 子ども1 との続柄	
	現住所				
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 帯広市以外( _____ )市・区・町・ 村	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 帯広市以外( _____ )市・区・町・ 村	
	電 話		メールアドレス (利用者ID)		

※1 本欄に記載された保護者を申請者として取り扱い、認定・給付上の保護者とします。

代理 申請者 ※2	氏名	(フリガナ)		支給対象 子ども1 との続柄	
	現住所	<input type="checkbox"/> 認定保護者と同じ <input type="checkbox"/> 認定保護者と異なる( _____ )			
	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 帯広市以外( _____ )市・区・町・村	年1月1日 現在の住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 帯広市以外( _____ )市・区・町・ 村	
	電 話		メールアドレス		

※2 代理申請者を指定することによって認定保護者の代わりに施設の利用予約ができるようになります。設定を希望しない場合、記入の必要はありません。

※3	氏名	性別	生年月日	障がい・医療的ケア児
支給対象子ども1	(フリガナ)	男 ・ 女		該当する ・ 該当しない
支給対象子ども2	(フリガナ)	男 ・ 女		該当する ・ 該当しない
支給対象子ども3	(フリガナ)	男 ・ 女		該当する ・ 該当しない

※3 支給対象子どもは、この申請によって、乳児等支援給付制度(こども誰でも通園制度)を利用しようとする子どものことです。

世帯構成員(支給対象子ども1を除く) ※4	氏名	性別	支給対象 子ども1 との続柄	生年月日	支給対象子ども1 との同居・別居			
	(フリガナ)	男 ・ 女			同居 ・ 別居			
	(フリガナ)	男 ・ 女			同居 ・ 別居			
	(フリガナ)	男 ・ 女			同居 ・ 別居			
	(フリガナ)	男 ・ 女			同居 ・ 別居			
	(フリガナ)	男 ・ 女			同居 ・ 別居			
減免要件	生活保護	有 ・ 無	書類の通数	通	市町村民税非課税	有 ・ 無	書類の通数	通

※4 世帯構成員には、認定保護者、代理申請者、支給対象子ども2及び支給対象子ども3も含めてご記入ください

○窓口での聞き取り内容

ひきつけを起こしたこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
→ある場合	どういうとき	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	ひきつけを起こした回数	回
	ひきつけを起こした年齢	歳
アレルギー	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
→ある場合	内容	<input type="checkbox"/> 食物 ( ) <input type="checkbox"/> 動物 ( )
		<input type="checkbox"/> ダニ <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	症状	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> じんましん
		<input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
	確認内容	<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> 血液検査
脱臼したこと	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
→ある場合	脱臼した部分	
	いつ頃	
	何度か繰り返しているか	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	かかりつけの病院	

○その他
