

乳児等支援給付（こども誰でも通園制度）認定兼利用申請書

年 月 日

（宛先）港区長

〒
申請者 住 所
フリガナ
氏 名
生年月日
電 話
メールアドレス

子ども・子育て支援法第30条の15の規定に基づき、乳児等のための支援給付を受ける資格を有することについての認定及び乳児等通園支援事業の利用について申請します。

情報閲覧・共有の同意	☐ 乳児等通園支援事業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。
	☐ 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、区と関係市区町村が申請者及び申請児童に係る情報又は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。

申請をする児童 (1人目)	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日		年齢	歳
	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	
	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 (診断名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 (医師の診断及び指示) ☐ 生活管理指導表を添付 ☐ 生活保護世帯 ☐ その他（具体的に記載：)	
利用を希望する施設					
利用を希望する日時 (保育園)	曜日	時 分から 時 分			
	曜日	時 分から 時 分			
利用を希望する曜日 (区立幼稚園)	☐ 月・木曜クラス		☐ 火・金曜クラス		
申請をする児童 (2人目)	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日		年齢	歳
	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	
	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 (診断名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 (医師の診断及び指示) ☐ 生活管理指導表を添付 ☐ 生活保護世帯 ☐ その他（具体的に記載：)	
利用を希望する施設					
利用を希望する日時 (保育園)	曜日	時 分から 時 分			
	曜日	時 分から 時 分			
利用を希望する曜日 (区立幼稚園)	☐ 月・木曜クラス		☐ 火・金曜クラス		
多胎児の場合の利用希望 (該当する場合はチェック)	☐ 2人以上の空き定員があり、2人そろって利用できる場合のみ利用を希望する（→2人でひとつの抽選番号とします） ☐ 1人しか利用できない場合でも利用を希望する（→1人ひとつの抽選番号とします）				

【区使用欄】					
受付番号	受理 年月日	担当課			備考欄
		担当者	係長	課長	