別　記

第１号様式（第６条関係）

鴨川市乳児等支援給付認定申請書

（宛て）
鴨川市長

次のとおり乳児等支援給付を利用したいので、鴨川市乳児等通園支援事業実施規則第６条第１項の規定により、次のとおり認定を申請します。

情報閲覧・共有の同意	☑　乳児等通園支援事業の利用にあたり必要な市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、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。

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	カモガワ　タロウ		性別	男
	氏　　名	鴨 川　太 郎			
	生年月日	平成2 年 12 月 15 日	児童との続柄		父
	現住所	〒296-0001 鴨川市横渚○○番地			
	本年1月1日時点の住所	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒		
	前年1月1日時点の住所	□現住所と同じ □現住所と異なる	〒		
	電話番号	090－□□□□－△△△△	メールアドレス	○○@□□.jp	
世帯の状況	□　生活保護世帯　　□　左記以外の世帯				

現住所と異なる場合に記入してください

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児童	1	フリガナ	カモガワ　ジロウ	性別	男
		氏　　名	鴨 川　次 郎		
		生年月日	令和7 年 6 月 13 日	申請者との続柄	子
		現 住 所	☑申請者と同じ □申請者と異なる	〒	
		疾病・障害の有無	□有（　　） ☑無		
	2	フリガナ		性別	
		氏　　名			
		生年月日	年　　月　　日	申請者との続柄	
		現 住 所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒	
		疾病・障害の有無	□有（　　） □無		
	3	フリガナ		性別	
		氏　　名			
		生年月日	年　　月　　日	申請者との続柄	
		現 住 所	□申請者と同じ □申請者と異なる	〒	
		疾病・障害の有無	□有（　　） □無		