

令和7年度 こども誰でも通園制度 対象者確認申請書

(宛先) 富山市長

令和 年 月 日

|         |                                                                          |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|
| 情報閲覧の同意 | <input type="checkbox"/> こども誰でも通園制度の利用にあたり必要な世帯情報、申請者等の情報等を閲覧することに同意します。 |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|

|                                   |                                                       |     |      |                 |                                                                                                                    |  |             |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|-----|------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|--|
| 申請者（保護者）<br>※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 | 昭・平<br>年<br>月 日 | 性別                                                                                                                 |  | こどもとの<br>続柄 |  |
|                                   | 氏名                                                    |     |      |                 |                                                                                                                    |  |             |  |
|                                   | 現住所                                                   | 〒 — |      |                 |                                                                                                                    |  |             |  |
|                                   | 電話番号                                                  | — — |      | メールアドレス         | 二次元バーコードからもメールアドレスの登録を行ってください。  |  |             |  |
| 前自治体での利用の有無                       | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |     |      |                 |                                                                                                                    |  |             |  |
| 既に認定を受けているこどもの有無                  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |     |      |                 |                                                                                                                    |  |             |  |

|       |                |                                                                     |                                                       |         |      |                 |             |  |
|-------|----------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|------|-----------------|-------------|--|
| 代理利用者 | 総合支援システムの代理利用者 |                                                                     | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |         |      |                 |             |  |
|       | フリガナ           |                                                                     |                                                       |         | 生年月日 | 昭・平<br>年<br>月 日 | こどもとの<br>続柄 |  |
|       | 氏名             |                                                                     |                                                       |         |      |                 |             |  |
|       | 現住所            | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる | 〒 —                                                   |         |      |                 |             |  |
|       | 電話番号           | — —                                                                 |                                                       | メールアドレス |      |                 |             |  |

|                                  |              |                   |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   |      |          |             |                                                                    |
|----------------------------------|--------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-------------|--------------------------------------------------------------------|
| こども誰でも通園<br>制度の対象者確認<br>を希望するこども | 確認を希望するこどもの数 |                   |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   |      |          |             |                                                                    |
|                                  | 1            | フリガナ              |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   | 生年月日 | 令和 年 月 日 | 性別          |                                                                    |
|                                  |              | 氏名                |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   |      |          |             |                                                                    |
|                                  |              | 現住所               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる | 〒 —               |                                                                                                                                                   |      |          | 申請者との<br>続柄 |                                                                    |
|                                  |              | 障害者手帳等の有無         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               | 障害に係る<br>手当等の受給状況 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳                                         |      |          |             | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|                                  |              | その他配慮すべき事項の<br>有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               | 配慮すべき事項の詳細        | <input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：<br>指示書等の添付<br>食物アレルギー（医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>：<br>添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し<br>その他（具体的に記載： |      |          |             |                                                                    |
|                                  | 2            | フリガナ              |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   | 生年月日 | 令和 年 月 日 | 性別          |                                                                    |
|                                  |              | 氏名                |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   |      |          |             |                                                                    |
|                                  |              | 現住所               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる | 〒 —               |                                                                                                                                                   |      |          | 申請者との<br>続柄 |                                                                    |
|                                  |              | 障害者手帳等の有無         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               | 障害に係る<br>手当等の受給状況 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳                                         |      |          |             | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|                                  |              | その他配慮すべき事項の<br>有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               | 配慮すべき事項の詳細        | <input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：<br>指示書等の添付<br>食物アレルギー（医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>：<br>添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し<br>その他（具体的に記載： |      |          |             |                                                                    |
|                                  | 3            | フリガナ              |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   | 生年月日 | 令和 年 月 日 | 性別          |                                                                    |
|                                  |              | 氏名                |                                                                     |                   |                                                                                                                                                   |      |          |             |                                                                    |
|                                  |              | 現住所               | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なる | 〒 —               |                                                                                                                                                   |      |          | 申請者との<br>続柄 |                                                                    |
|                                  |              | 障害者手帳等の有無         | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               | 障害に係る<br>手当等の受給状況 | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 療育手帳<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳                                         |      |          |             | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当<br><input type="checkbox"/> 障害年金 |
|                                  |              | その他配慮すべき事項の<br>有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無               | 配慮すべき事項の詳細        | <input type="checkbox"/> 疾患等（診断名等及び必要となる配慮等：<br>指示書等の添付<br>食物アレルギー（医師の診断および指示<生活管理指導表を添付>：<br>添付あり / <input type="checkbox"/> 添付無し<br>その他（具体的に記載： |      |          |             |                                                                    |

(070901)

(市記入欄)

|        |                                                                                                                                          |     |  |  |  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|--|--|
| 受付日    | 年 月 日                                                                                                                                    | 受付者 |  |  |  |
| 本人確認書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）                                        |     |  |  |  |
| 聞き取り   | <input type="checkbox"/> 富山市民 <input type="checkbox"/> 利用年齢の確認 <input type="checkbox"/> 保育施設の入所の有無 <input type="checkbox"/> メールアドレス登録の案内 |     |  |  |  |