

2・3号認定用

支給認定(現況)申請書兼保育施設利用申込書

[認定こども園／保育所／家庭的保育]

受付印

五霞町長 宛

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

入園希望 児 童	氏 名	性 別	生 年 月 日	年 齢	備 考
	(ふりがな)	男・女	年 月 日	4.1 時点	
個人番号 (マイナンバー)		認定番号	※既に支給認定を受けている場合		
保護者住所	〒 ー ー 五霞町				
連絡先	[自宅] ー ー	[父携帯] ー ー	[母携帯] ー ー		

① 世帯の状況 ※入園希望児童以外を記入してください。

児童の 同一住所者	氏 名	続柄	生 年 月 日	性 別	職業又は 学校名等	個人番号 (マイナンバー)	世帯
			年 月 日	男・女			同・別
			年 月 日	男・女			同・別
			年 月 日	男・女			同・別
			年 月 日	男・女			同・別
			年 月 日	男・女			同・別
			年 月 日	男・女			同・別
			年 月 日	男・女			同・別
ひとり親世帯等	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (年 月 日 離婚・死別)						
生活保護の適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 保護開始)						
在宅障害者世帯	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当(該当者氏名:) <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ※手帳又は証書の写しが必要となります。						

② 署名（税情報等の提供）

町が施設型給付費等の支給認定に必要な市町村民税等の情報（同一世帯者を含む）及び住民基本台帳の情報を閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担（保育料）を特定教育・保育施設等に対して提示することについて同意します。

年 月 日

保護者氏名

