

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

行方市長 宛て

申請日 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

保護者	氏名	生年月日	住所	連絡先	
	(ふりがな)	年 月 日生	行方市	自宅	
	印			携帯	
	個人番号				
入園児童	氏名	生年月日	性別	保護者との続柄	
	(ふりがな)	年 月 日生	男・女		
	個人番号				
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。				

1. 利用を希望する園名, 期間等

利用を希望する園名	利用を希望する期間	年 月 日から
		年 月 日まで

2. 世帯の状況

区分	氏名	生年月日	児童との続柄	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
生活保護の適用の有無	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり ( 年 月 日保護開始 )						
障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 氏名( ) 種類( ) 等級・程度( )						
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 : 年 月 理由 : <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居(調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> その他( )						

3. 税情報等の提供に当たっての署名欄

行方市が施設型給付費・地域型給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧又は照会すること並びにその情報に基づき決定した利用者負担額について特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 印

\* 市記載欄

受付年月日	年 月 日	
認定の可否	認定日	認定番号
可・否(否とする理由)	年 月 日	
支給の可否		支給(利用)期間
可・否(否とする理由)		年 月 日
[ <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型 ]		年 月 日

世帯員名の記入欄が不足する場合は、裏面へ記入願います→

※こちらは、表面の世帯員名の記入する欄が不足する場合に利用ください。

区分	氏名	生年月日	児童との続柄	性別	職業又は学校名等	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考
児童の世帯員	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						
	(ふりがな)	年 月 日生		男・女		有・無	
	個人番号						

世帯員名の記入欄が不足する場合は、裏面へ記入願います→