

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 (ふりがな)	生年月日 年 月 日生	住所 行方市	連絡先	
				自宅	
				携帯	
入園児童	氏 名 (ふりがな)	生年月日 年 月 日生	性別 男 ・ 女	保護者との続柄	
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	児童との続 柄	生年月日	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	
	(ふりがな)		年 月 日生	男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男 ・ 女		有 ・ 無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男 ・ 女		有 ・ 無	
生活保護の適用の有無		☐ 適用なし ☐ 適用あり (年 月 日保護開始)					
障害手帳の有無		☐ 無 ☐ 有 ⇒ 氏名() 種類() 等級・程度()					
家庭の状況		☐ ひとり親家庭 : 年 月 理由 : ☐ 死亡 ☐ 離婚 ☐ 別居(調停 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 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

*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
〔 ☐ 施設型 ☐ 地域型 ☐ 特例施設型 ☐ 特例地域型 〕		年 月 日