

施設型給付費支給認定申請書（1号認定用）

令和 年 月 日 申請

大竹市長 様

支給認定について次のとおり申請します。また、申請にあたり次の事項に同意します。

- 施設型給付費の支給認定において、市が保有する世帯の個人情報（課税、世帯状況等）を閲覧すること。
- 副食費の算定等に必要な場合、個人番号を用いて保護者及び世帯員の課税状況等を確認すること。
- 1、2の情報に基づき決定した利用者負担額、支給認定内容及び申請書に記載された事項について、市が特定教育・保育施設に提供すること。
- 年度途中で税の申告等により市町村民税額に変更が生じた場合、遡って副食費が変更となることに異議はありません。

申請保護者	住所	大竹市		
	ふりがな		児童との続柄	自宅
	氏名		電話	父の携帯 母の携帯

申請児童	ふりがな		男・女	生年月日	令和 年 月 日
	氏名			個人番号	
	利用(内定)幼稚園等				
	認定希望期間	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 まで		

上記児童について、住民登録上の世帯員だけでなく、実際に同居している方や単身赴任している方等全員を記入してください。

	児童との続柄	氏名	生年月日	個人番号	勤務・通学・通園先等の名称 (保護者が単身赴任等の場合別居住所)
保護者	父	ふりがな	昭・平 年 月 日		(別居住所: 市・町・村)
		令和7年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 大竹市内 <input type="checkbox"/> 大竹市外 (市・町・村)		通勤時間 分 通勤手段
	母	ふりがな	昭・平 年 月 日		(別居住所: 市・町・村)
		令和7年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 大竹市内 <input type="checkbox"/> 大竹市外 (市・町・村)		通勤時間 分 通勤手段
同居しているその他の者			大・昭平・令 年 月 日		
			大・昭平・令 年 月 日		
			大・昭平・令 年 月 日		
			大・昭平・令 年 月 日		
			大・昭平・令 年 月 日		

世帯状況	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (年 月から) <input type="checkbox"/> 在宅障害児(者)世帯
該当する世帯に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 (年 月に <input type="checkbox"/> 離婚・死別・未婚 <input type="checkbox"/> 別居 [調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無])

支給認定証の交付を希望する場合 <input checked="" type="checkbox"/> (保育の必要内容について記載している証書)	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

受付印

※市記入欄

利用幼稚園等		認定日	令和 年 月 日
備考			