

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 兼 利用施設届出書

大野城市長 宛 申込日：令和 年 月 日

申請者（保護者） 印

（誓 約）

私（申請者）は、以下の項目に同意した上で、支給認定の申請について関係書類を添えて申請します。
・市が支給認定及び利用者負担額決定に際し、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。
また、その情報に基づき決定した利用者負担額を施設に対して通知すること。
・虚偽の届出をした場合や必要書類を提出しない場合は、支給認定を取り消しされても異議は申し立てない。
なお、利用を希望する施設から重要事項の説明を受け、その内容を確認しています。

ふりがな		生年月日(年齢)	性別	利用する幼稚園・認定こども園	利用を希望する期間			
利用を希望する子どもの氏名		(歳)	男・女	〈施設名〉	期間	開始	令和 年 月 日から	
						終了	□ 年 月 日まで □ 小学校就学前まで	
				個人番号(マイナンバー)				
保護者の住所	〒	—	電話番号	自宅				
			携帯	父	母			
住民票	H30.1.1: 市内・市外()	H31.1.1: 市内・市外()	勤務先	父	母			

○世帯状況（利用を希望する子どもを除く）
※世帯分離の場合でも同居している人は全て記入してください。
※単身赴任や就学などで別居している人についても、生計を一にする場合は全て記入してください。
※年齢、学年等は、平成31年4月1日現在で記入してください。

(ふりがな) 氏名	続柄	年齢	生年月日	性別	職業・学校・幼稚園等(注) ※会社名・学年も記入	個人番号(マイナンバー)		
				男・女				
				男・女				
				男・女				
				男・女				
				男・女				

注：幼稚園等とは、幼稚園、認可保育所、認定こども園、地域型保育事業、特別支援学校幼稚部、児童発達支援、医療型児童発達支援、児童心理治療施設のことをいいます。

○家庭状況
※該当する区分にチェックをし、必要事項を記入してください。

生活保護の状況	障がい児(者)が同居している世帯
☐ 適用なし ☐ 適用あり ・担当者名： ・ 年 月 日保護開始	☐ 該当しない ☐ 該当する ・対象者名： ・障害者手帳等の種類 ※該当する項目に○をしてください。 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、障害年金等の交付(給付)、 特別児童扶養手当の支給対象児童
※父または母が同居していない場合のみ記入	
☐ 単身赴任 ・単身赴任者の氏名 ・単身赴任者の住所： ☐ ひとり親 ※児童扶養手当欄も記入してください。 ☐ その他 ()	児童扶養手当 ☐ 認定 ・ 年 月受給開始 ☐ 非該当 ※非該当の場合、戸籍謄本の提出が必要です。