

施設型給付費及び地域型保育給付費等に関する支給認定申請書

いわき市長 様

年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

保護者	ふりがな氏名	生年月日	S・H 年 月 日	電話	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅
	住民登録地				
	居住地 (住民登録地と異なる場合)				
子ども	ふりがな氏名	生年月日	H 年 月 日	性別	続柄
	住民登録地				
	居住地 (住民登録地と異なる場合)				
	障害者手帳(○印)	個人番号 (マイナンバー)			

1 認定を受けようとする支給認定区分や希望する施設名称等

<input type="checkbox"/> 1号	満3歳以上	教育認定	希望施設名	
<input type="checkbox"/> 2号	満3歳以上	保育認定	第1希望	
<input type="checkbox"/> 3号	満3歳未満		第2希望	
			第3希望	
施設等の利用希望期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		

2 世帯・家族等の構成 (上記申請児童は記入不要。利用開始時点での、学校進級状況も記入)

世帯・家族の状況	ふりがな氏名 個人番号(マイナンバー)	続柄	生年月日	勤務先・学校(学年)・ 幼稚園・保育所等の名称	障害者 手帳 (○印)	住民登録地 の同別
				年 月 日		
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 同住所 <input type="checkbox"/> 別住所
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 同住所 <input type="checkbox"/> 別住所
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 同住所 <input type="checkbox"/> 別住所
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 同住所 <input type="checkbox"/> 別住所
			年 月 日			<input type="checkbox"/> 同住所 <input type="checkbox"/> 別住所

祖父母の状況	氏名・生年月日等	勤務先	疾病	障害者 手帳	同住所の場合 生計関係	別住所の場合は居住地 (同居の場合は記入不要)
父方	祖父 T・S . . . (歳)	有 () ・無	有 () ・無		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計別	
	祖母 T・S . . . (歳)	有 () ・無	有 () ・無		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計別	
母方	祖父 T・S . . . (歳)	有 () ・無	有 () ・無		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計別	
	祖母 T・S . . . (歳)	有 () ・無	有 () ・無		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計別	

3 世帯の状況

生活保護法適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 (年 月～) <input type="checkbox"/> 無
ひとり親家庭及びそれに類する 状況にある場合の理由	<input type="checkbox"/> 離婚 (年 月) <input type="checkbox"/> 死別 (年 月) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 離婚協議中 <input type="checkbox"/> その他 ()

利用料算定のための保護者等の市民税額の確認や、記載内容が事実と異なる場合の支給認定の取り消しに同意します。

※裏面の記入欄もご確認ください。

保護者

印

