

2019年 施設型給付・地域型給付費等 支給認定申請書 兼 利用申込書

大任町長 殿

保護者氏名

㊞

次のとおり、施設型給付費等に係る支給認定を申請します。また町が施設型給付費・地域型保育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、そのために、番号法(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律)第14条に基づき、マイナンバーを取得し利用すること、また、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。

申込み内容が事実と相違するとき、及び提出書類に不備があるときは無効とされても異議ありません。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生 年 月 日	年 齢 (4月1日現在)	性 別	障 がい の 有 無	障 害 手 帳 の 有 無
		年 月 日生		男 ・ 女	有 ・ 無	有 ・ 無
保護者 住所・連絡先	(住所) 大任町大字 大字今任原 大字大行事			(連絡先) ① ( ) ② ( )		
	2018年1月1日時点の住所 1.大任町 2. その他 ( )					
2019年1月1日時点の住所 1.大任町 2. その他 ( )						
支給認定証の交付の希望 <input type="checkbox"/> 交付を希望します。						

①世帯の状況 ※住民票世帯員だけでなく、利用希望子ども以外の同居者全員を記入してください。

区分	氏 名	児童との 続柄	生 年 月 日	性 別	勤務先 学校名等	住所 (上記と異なる場合記入)
世帯員 (上記の申請児童以外)			年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
家庭の状況	ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	生活保護適用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	在宅障がい者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

②認定を受けようとする区分、利用を希望する期間、希望施設(事業者)名

利用を希望する 施設(事業者) 等名	認定区分 (保育の希望 無) <input type="checkbox"/> 1号	施設名				
	認定区分 (保育の希望 有) <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	施設名	第1希望	(理由)		
			第2希望	(理由)		
		第3希望	(理由)			
利用希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
利用希望時間	利用曜日	曜日から	曜日まで	利用時間	時 分から 時 分まで	
保育の利用を必要とする理由	続柄	必 要 と す る 理 由				
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )				
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )				

※市町村記載欄

受付年月日 平成 年 月 日

認定の可否	認定区分等
可 否 (否の理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (口標 口短)
入所の可否	入所施設(事業者)名
可 否 (否の理由)	

市町村受付印

窓口対応者  
(マイナンバー確認者)

担当者

2019年 施設型給付・地域型給付費等 支給認定申請書 兼 利用申込書

大任町長 殿

家計の主宰者  
又は世帯主

保護者氏名

大任 町男

大任

次のとおり、施設型給付費等に係る支給認定を申請します。また町が施設型給付費・地域型保育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、そのために、番号法(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律)第14条に基づき、マイナンバーを取得し利用すること、また、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。

申込み内容が事実と相違するとき、及び提出書類に不備があるときは無効とされても異議ありません。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日	年齢 (4月1日現在)	性別	障がいの有無	障害手帳の有無
	オオトウ タロウ <b>大任 太郎</b>	〇〇年 〇〇月 〇〇日生	<b>2</b>	男・女 <b>男</b>	有・無 <b>有</b>	有・無 <b>無</b>
保護者 住所・連絡先	(住所)			(連絡先)		
	大任町大字 大字今任原 <b>大字大行事 3067番地</b>			① <b>0947-63-3004</b> (自宅) ② <b>090-63-3004</b> (母)		
2018年1月1日時点の住所	1.大任町 <b>2</b> その他 ( <b>※※※※町※※※※0000番地00</b> )					
2019年1月1日時点の住所	<b>1</b> 大任町 2. その他 ( )					
支給認定証の交付の希望	<input type="checkbox"/> 交付を希望します。					

①世帯の状況 ※住民票世帯員だけでなく、利用希望子ども以外の同居者全員を記入してください。

区分	氏 名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先 学校名等	住所 (上記と異なる場合記入)
世帯員 (上記の申請児童以外)	<b>大任 町男</b>	父	〇〇〇年〇〇月〇〇日生	男	大任町役場	
	<b>大任 花子</b>	母	〇〇〇年〇〇月〇〇日生	女	無職	〇〇市※※※〇〇番地〇〇
	<b>大任 町美</b>	姉	〇〇〇年〇〇月〇〇日生	女	△△小学校	
			年 月 日生			
			年 月 日生			
			年 月 日生			
家庭の状況	ひとり親家庭	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	生活保護適用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	在宅障がい者	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

②認定を受けようとする区分、利用を希望する期間、希望施設(事業者)名

利用を希望する 施設(事業者) 等名	認定区分 (保育の希望 無) <input type="checkbox"/> 1号	施設名		
	認定区分 (保育の希望 有) <input checked="" type="checkbox"/> 3号	第1希望	△△△△保育園 (理由) <b>継続利用のため</b>	
		第2希望	〇〇〇〇〇〇保育所 (理由) <b>自宅から近い</b>	
		第3希望	□□□保育園 (理由)	
利用希望期間	<b>2019年 4月 1日 から 2020年 3月 31日 まで</b>			
利用希望時間	利用曜日	<b>月 曜日から 土 曜日まで</b>	利用時間	<b>8時 00分から 18時 00分まで</b>
保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由		
	<b>父</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )		
	<b>母</b>	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )		

※市町村記載欄

受付年月日 平成 年 月 日

認定の可否	認定区分等
可 否 (否の理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (口標 口短)
入所の可否	入所施設(事業者)名
可 否 (否の理由)	

市町村受付印

窓口対応者  
(マイナンバー確認者)

担当者