

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書

保護者氏名 **志免 一男**

印

(あて先) 志免町長

※自署の場合は印は不要です。

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(幼稚園等※1の利用)を申請します。

申請日	令和●年 ●●月 ●●日	認定希望日	令和 7年 4月 1日	
申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日	性別	個人番号 (マイナンバー)
	ふりがな しめ たんじろう 志免 炭次郎	●●年●●月●●日	<input checked="" type="radio"/> 男・女	●●●●-●●●●-●●●●
保護者 住所・連絡先	(住所) 志免町志免中央一丁目1番1号			
	(連絡先) 092-935-1001 (携帯) 090-△△△-0000			

※1.「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

①世帯の状況(申請児童以外の世帯員をご記入ください。)

区分	氏名	子ども との 続柄	生年月日	年齢	障がい 者・療 育手帳 等	職業 又は 学校名・保育園名等	個人番号(マイナンバー)
世帯員	ふりがな しめ かずお 志免 一男	父	S△△・00・00	●●	<input type="checkbox"/> 有	(株)△△△	●●●●-●●●●-●●●●
	ふりがな しめ はなこ 志免 華子	母	H00・■●・△△	■●	<input type="checkbox"/> 有	〇〇商店	●●●●-●●●●-●●●●
	ふりがな しめ ぜんいち 志免 善市	兄	H■●・△△・00	△	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幼稚園	*****
	ふりがな	申請するお子さんと 生計を一にする世 帯員の名前を記入 してください。		・	<input type="checkbox"/> 有		*****
	ふりがな		・	<input type="checkbox"/> 有			*****
生活保護		適用無し・適用有り(年 月 日開始)					
児童扶養手当		適用無し・適用有り(●●年●●月●●日開始)					
在宅障害児(者)		<input checked="" type="checkbox"/> 有(該当者氏名 志免 善市 ・個人番号 ●●●●-●●●●-●●●●)・無					

認定希望日の 前年1月1日現在の住所	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前々年1月1日現在の住所	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

②利用している施設名(予定を含む)および期間

利用希望日	令和 7年 4月 1日
利用施設名	●●幼稚園、こども園等

③税情報等の提供に当たっての署名欄

志免町が施設型給付費・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。)およ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 **志免 一男** 印

※自署の場合は印は不要です。

※共働き家庭などで、預かり保育を利用する0～2歳児のお子さんがある場合は、別途、施設等利用給付(新3号)の申請が必要です。(非課税世帯のみ)
※共働き家庭なので、預かり保育を利用する3歳児以上のお子さんがある場合は、別途、施設等利用給付(新2号)の申請が必要です。

事務 処理 欄	認定者番号	認定日	年 月 日	通知書発出日	年 月 日
	認定期間	年 月 日	～	年 月 日	受付者
	番号および 本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民		確認できなかった理由	
	確認方法	<input type="checkbox"/> 窓口(本人・代理人・使者) <input type="checkbox"/> 郵送		<input type="checkbox"/> 持参忘れ <input type="checkbox"/> 紛失	
					受付印