

支給認定申請書

1号用

田布施町長様

1. 施設型給付・地域型給付の支給認定に際して、子ども子育て支援法第16条に基づき、町長が申請者や同居親族の課税内容・所得状況等の利用料算定に必要な情報の提供を税務当局に求めることがあります。
2. 申請書等に記載した事項について、利用調整や教育・保育の運営に必要なと認められる場合に、施設・事業者提供することがあります。
3. 施設型給付費・地域型給付費は申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
4. 翌年4月利用開始の場合は、支給認定事務が集中し審査等に日時を要するため、利用申請締め切り日までに提出された支給認定申請については、翌年3月までに認定します。
5. 申請内容が事実と相違した場合は、支給認定を取り消すことがあります。

以上のことに同意し、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。

令和 年 月 日

保護者(申請者)氏名

申請児童	氏 名	生 年 月 日	性別	出生順位	障害者・療育手帳 特別児童扶養手当 の受給の有無
	(フリガナ)	年 月 日生 R8.4.1現在()歳	男・女	<input type="checkbox"/> 第1子 <input type="checkbox"/> 第2子 <input type="checkbox"/> 第3子以降	有 ・ 無
保護者 (申請者)	現住所	アパート・建物名 ()			
	令和7年1月1日現在の住所 (父・母)	(父) <input type="checkbox"/> 田布施町内 (母) <input type="checkbox"/> 田布施町内	<input type="checkbox"/> 田布施町外 <input type="checkbox"/> 田布施町外	令和7年1月1日現在の居住地 (自治体名)をご記入ください。 ()	
	日中の連絡先(電話番号) ※確実に連絡のとれる順に記入してください。				
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他	③


申請児童 以外の 同居者	氏 名	性別	児童との続柄	生 年 月 日	勤務先・学校名等	要介護認定又は 障害者手帳等
		男	父	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		女	母	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		男・女		年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
※職権確認同意 (個人番号)	(申請者)氏名			ひとり親の場合 その理由	<input type="checkbox"/> 離別・死別・未婚 <input type="checkbox"/> 別居(年 月 頃から)	

利用(内定) 施設名	幼稚園・認定こども園 (幼稚園部分)	施設所在 市町名	市 ・ 町
---------------	-----------------------	-------------	-------

在 園 児 区 分 ※1	<input type="checkbox"/> 1人目 <input type="checkbox"/> 2人目 <input type="checkbox"/> 3人目以降
兄姉の有無	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 2人以上
施設・事業等を利用している就学前の兄姉の有無 ※2	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

※1 在園児区分については、2人以上の児童が認定こども園(幼稚園部分)を利用している場合、その年長者が「1人目」、次年長者が「2人目」、その次以降を「3人目以降」として該☑してください。

※2 施設・事業等とは、保育園、認定こども園(保育園部分)、児童発達支援施設等の事です。



認定 番号		認定の 可否	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否(理由:)		
支給 認定 期間	自	年	月	日	備考
	至	年	月	日	
施設(事業者)名		〔 <input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型〕			
		<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 認定こども園			

ひとり親 世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	障害者 世帯	<input type="checkbox"/> 該当(□児童 □世帯員) <input type="checkbox"/> 非該当	多子 該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
------------	---	-----------	---	----------	---

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者・連絡先	担当者氏名: / 連絡先:
契約(内定)の有無	<input type="checkbox"/> 有〔 契約 ・ 内定 (年 月 日) 〕 <input type="checkbox"/> 無
備考	