施設型給付費支給認定申請書

年 月 日

大村市長 様

次の項目に同意の上、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

- 〇大村市が施設型給付費の支給認定のために必要な市町村民税に関する情報(同一世帯員等を含む。)及び世帯員の情報を閲覧等する(マイナンバーを用いた情報連携を含む)ことがあります。
- 〇この申請書に記載されている事項の中で運営上必要と認められる情報及びこれらの情報に基づき決定した認定区分並びに利用者負担 額等を特定教育・保育施設等に対して提供することがあります。
- 〇申請内容が事実と相違した場合は、施設型給付費に係る支給認定を取り消すことがあります。
- 〇新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、その結果を翌年3月までにお知らせします。

1		氏名(フリガナ)		生年月日				性別			年齢		障害等※1 の有無
申請に係		()		平令			B +			(R8. 4. 1 現在)		口有	
る児童				年	月 日		日	男・女				歳	※有の場合、手帳等の 写しを添付
② 保護者 (申請者)		氏名(フリガナ)		生年月日			申請児		;	連絡先		障害等※1の有無	
		()		大昭平令				単との 続柄	童との 続柄				□有
				年	月		日						※有の場合、手帳等の 写しを添付
		(住所)											
③ ②以外の 保護者		氏名(フリガナ)		生年月日				申請児 童との			連絡先		障害等※1の有無
		()	大昭平	令			単との 続柄					□ 有 ※有の場合、手帳等の
				年	月		日						写しを添付
体设1	Ħ	(住所) (別居の場合)											
△ €n ·	7 年 1	月1日現在の住所	(父) 口市内					(母)		(母)	□市内		
ተን የነ	/ + 1	月1日現在の任例	口市	外	都·道 ————— 府·県 ———				^{市·区} 町·村 □市外			都·道 —— 府·県	市·区 ————町·村
令和8年1月1日現在の住			(父) 口市内		+10 V4 * 20 V*		*			(母)	□市内	v	
י ביירו				都·道 都·道 外				_{町·村} □市				都·道 —— 府·県	市·区 ————町·村
	区分	(フリガナ)		申請児童				生年月日				勤務先(職業)、	
	分	氏名		との続柄									学校、保育施設等
	①~③を除く児童の世帯員	()		大	昭	平	令		Æ	_		(入所希望日時点)
		/			大	昭	平	令		年	月	日	(入所希望日時点)
		()			РΗ	'	1,2		年	月	日	
4)		()		大	昭	平	令					(入所希望日時点)
世										年	月	日	
④世帯の状況		()		大	昭	平	令		年	月	日	(入所希望日時点)
	(同居人	(\		大	昭	平	令				Р	(入所希望日時点)
	7人 も 含		,							年	月	日	
	祖父母と同居 □有 ※			※有の場合、上記「児童の世帯員」欄に記入									
	ひとり親家庭 口該			□該当 (離婚 ・ 未婚 ・ 死別) ※該当の場合、戸籍謄本、児童扶養手当証書、父子・母子医療 受給資格者証、(離婚届の) 受理証明書のいずれかを添付									
	障害	者等※1の有無	□有(氏名:) ※有の場合、手帳の写しを添付										
	生活保護の状況		□適用(保護開始日					年	月	日)	-	

※1 障害等:身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金 ⑤利用施設 (予定を含む)及び利用開始日

(利用施設名)	(類型)			(市町村)	
	□幼稚園		ども園		
利用開始日		年	月	日	

施設型給付費支給認定申請書

年 月 日

大村市長 様

次の項目に同意の₋ 〇大村市が施設型

〇申請

■消えるボールペンでは書かないでください。

世帯員の情報を閲覧等する(マ

イナンバーを用いた情報連携を含む)ことがあります。
〇この由語書に記載されている事項の中で運営上必要と認められる情報及びこれらの情報に基づき決定した認定区分並びに利用者負担額第一章 1 用限り出産。引起し来京の場合は

■転入、里帰り出産、引越し予定の場合は、

消すことがあります。

※有の場合、手帳の写しを添付

養手当証書、国民年金の障害基礎年金

日)

ため、その結果を翌年3月までにお知らせします。 〇新年 ()で入居予定の住所を書いてください。 1 氏名(フリガナ) 性別 年齢 障害等※1の有無 (R8.4.1 現在) 口有 申請に係 (オオムラ サクラ) 男 •(女) ※有の場合、手帳等の る児童 大村 さくら 5月 O目 5 歳 写しを添付 申請児 氏名(フリガナ) 年月日 連絡先 障害等※1の有無 2 童との (オオムラ タロウ) 令 口有 続柄 保護者 090-1234-5678 ※有の場合、手帳等の 大村 太郎 O月 OB 父 写しを添付 (申請者) (住所) 大村市 申請児 氏名(フリガナ) 生年月日 連絡先 障害等※1の有無 童との (3) □有 (オオムラ ハナコ) 大昭(平)令 続柄 ※有の場合、手帳等の 080-1234-5678 ②以外の 大村 花子 写しを添付 〇年 〇月 〇日 母 保護者 (住所) (別居の場合) (父) 口市内 (母) □市内 令和7年1月1日現在の住所 市·区 町、村 口市外_ 都·道府·県 市・区 都·道府県 00 ☑市外 OO 00 00 町(村) (父) ☑市内 (母) ☑市内 令和8年1月1日現在の住所 都·道 市·区 都·道 市·区 口市外 口市外 町·村 府·県 町·村 (フリガナ) 申請児童 勤務先(職業)、 区 生年月日 分 との続柄 学校、保育施設等 氏名 (オオムラショウフ) (入所希望日時点) 平 令 1 弟 大村 菖蒲 〇年 〇月 OB (オオムライチロウ) (入所希望日時点) 令 祖父 大村 一郎 〇年 〇月 OB 児童 (オオムラウメコ) (入所希望日時点) ぁ む 祖母 大村 梅子 世 〇年 〇月 O_日 帯員 帯 (の ■大村市外にいらっしゃった方は、別紙「マイナンバー記入用紙」を提 同 状 出するか、令和7年1月1日時点で住民登録があった市町村での市町村 居 況 (民税が確認できる書類(市県民税課税所得証明書(市町村に交付を申請 するもの) など) をしてください。 祖父母と同]有 × ■当該書類は令和7年度分が必要です。 ひとり親家 当

⑤利用施設(予定を含む)及び利用開始日

■別世帯でも、同居している方全員を書いてください。

■里帰りする場合は、里帰り先の同居人も書いてください。

<u>障害者等※</u>1

※1 障害

(利用施設名)	(類型)	(市町村)
	□幼稚園 ☑こども園	OO市
利用開始日	令和8 年 4月 1日	