

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。

○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。

○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。

○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。

○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 申請に係る児童	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	年齢	障害等※1の有無
	( )	平 令 年 月 日	男・女	(R6.4.1現在) 歳	<input type="checkbox"/> 有 ※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	申請児童との続柄	連絡先	障害等※1の有無
	( )	大 昭 平 令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 ※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	申請児童との続柄	連絡先	障害等※1の有無
	( )	大 昭 平 令 年 月 日			<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、手帳等の写しを添付
(住所) (別居の場合)					
令和5年1月1日現在の住所		(父) <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都・道 _____ 府・県 _____ 市・区 _____ 町・村		(母) <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都・道 _____ 府・県 _____ 市・区 _____ 町・村	
令和6年1月1日現在の住所		(父) <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都・道 _____ 都・道 _____ 府・県 _____ 市・区 _____ 町・村		(母) <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 _____ 都・道 _____ 府・県 _____ 市・区 _____ 町・村	
④ 世帯の状況	区分	(フリガナ) 氏名	申請児童との続柄	生年月日	勤務先(職業)、 学校、保育施設等
	① ③ を除く児童の世帯員同居人も含む	( )		大 昭 平 令 年 月 日	(入所希望日時点)
		( )		大 昭 平 令 年 月 日	(入所希望日時点)
		( )		大 昭 平 令 年 月 日	(入所希望日時点)
		( )		大 昭 平 令 年 月 日	(入所希望日時点)
		( )		大 昭 平 令 年 月 日	(入所希望日時点)
祖父母と同居	<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、上記「児童の世帯員」欄に記入				
ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 (氏名: _____) ※有の場合、手帳の写しを添付				
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> こども園	(市町村)
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

次の項目に同意の上

■消えるボールペンでは書かないでください。

○大村市が施設型給付費を支給する児童の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。

○この申請書に記載されている事項の中で通常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

■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。

( )で入居予定の住所を書いてください。

ため、その結果を翌年3月までにお知らせします。

① 申請に係る児童	氏名(フリガナ)	性別	年齢	障害等※1の有無
	(オオムラ サクラ) 大村 さくら	男・女	(R6.4.1現在) 5 歳	<input type="checkbox"/> 有 ※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)	申請児童との続柄	連絡先	障害等※1の有無
	(オオムラ タロウ) 大村 太郎	父	090-1234-5678	<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、手帳等の写しを添付
(住所) 大村市				
③ ②以外の保護者	氏名(フリガナ)	申請児童との続柄	連絡先	障害等※1の有無
	(オオムラ ハナコ) 大村 花子	母	080-1234-5678	<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、手帳等の写しを添付
(住所) (別居の場合)				

令和5年1月1日現在の住所

(父) 市内 市外 都・道 府・県 市・区 町・村

(母) 市内 市外 都・道 府・県 市・区 町・村

令和6年1月1日現在の住所

(父) 市内 市外 都・道 府・県 市・区 町・村

(母) 市内 市外 都・道 府・県 市・区 町・村

④ 世帯の状況	区分	(フリガナ) 氏名	申請児童との続柄	生年月日	勤務先(職業)、学校、保育施設等
	①②③を除く児童の世帯員(同居人も含む)	(オオムラショウブ) 大村 菖蒲	弟	平 令 ○年 ○月 ○日	(入所希望日時点)
		(オオムライチロウ) 大村 一郎	祖父	令 ○年 ○月 ○日	(入所希望日時点)
		(オオムラウメコ) 大村 梅子	祖母	○年 ○月 ○日	(入所希望日時点)
		( )			
	( )				
	祖父母と同居	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	ひとり親家庭	該当 ( )			
	障害者等※1	氏名: ( )	※有の場合、手帳の写しを添付		

■大村市外にいらっしゃる方は、別紙「マイナンバー記入用紙」を提出するか、令和5年1月1日時点で住民登録があった市町村での市町村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。

■当該書類は令和5年度分が必要です。

■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。

※1 障害者等(障害者手帳、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)
〇〇園	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input checked="" type="checkbox"/> こども園	〇〇市
利用開始日	令和6年 4月 1日	