

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支給認定申請書 < 施設型給付費・地域型保育給付費等 >

1号認定

南風原町長 殿

① 施設型給付等の支給認定に際して、当町が、利用料の算定に必要な父母及び親族全員の市町村民税の課税内容を税務関係当局に報告を求めることがあります。(子ども・子育て支援法第16条による)
以上のことに同意し、次の通り、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定申請書を行います。

令和 年 月 日

(保護者氏名)

入園希望日	令和 年 月 日				
希望園	クラス年齢区分	<input type="checkbox"/> 5歳児	<input type="checkbox"/> 4歳児	<input type="checkbox"/> 3歳児	
申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日		性別	障害者手帳の有無
	ふりがな	平成 令和	年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) 南風原町字				
	(連絡先)	父	-	母	-

②世帯の状況

○住民票上世帯が別であっても、同居者全員をご記入ください。
○父母が単身赴任等で別居中の場合もご記入ください。

区分	ふりがな 氏名	子ども との 続柄	生年月日	性別	勤務先 又は 学校名等	個人番号	備考
子どもの 世帯員		父	年 月 日生	男・女			
		母	年 月 日生	男・女			
			年 月 日生	男・女			
			年 月 日生	男・女			
			年 月 日生	男・女			
			年 月 日生	男・女			
			年 月 日生	男・女			
			年 月 日生	男・女			
生活保護の適用の有無 (該当の世帯はチェック)					<input type="checkbox"/> 適用有り(平成 令和 年 月~保護開始)		
世帯の状況 (該当の世帯はチェック)					<input type="checkbox"/> 母子・父子世帯 <input type="checkbox"/> 障がい者(児)のいる世帯		

③世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 (有 ・ 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

前年 (令和 5 年 1 月 1 日の住所地)

当年 (令和 6 年 1 月 1 日の住所地)