

支給認定申請書（１号認定用）

真鶴町長 宛

年 月 日

次の通り施設型給付費に係る支給認定を申請します。
※提出内容に虚偽があった場合は、支給認定及び利用決定等を取り消すことがあります。

保 護 者	ふりがな			性 別	男 ・ 女	続 柄	
	氏 名			生年月日	年 月 日		
	自宅電話		携 帯				
	住 所	真鶴町			個人番号		

申 請 児 童	ふりがな					性 別	男 ・ 女	生年月日	年 齢
	児 童 氏 名							年 月 日	
	認定を希望する期間	年 月 日 から 小学校入学前まで						健康保険における扶養者 父 ・ 母 ・ ()	
	個 人 番 号								

該当する箇所にチェックまたは、必要項目を記入してください。

生活保護適用の有無	☐ 適応なし ☐ 適応有り (年 月 日保護開始)
-----------	--

認定の対象となる児童の世帯全員について記入してください。

(ふりがな) 氏 名	児 童 と の 続 柄	性 別	生年月日	年 齢	個人番号	市町村税課税 の有無
		男 ・ 女	年 月 日	歳		有 ・ 無
		男 ・ 女	年 月 日	歳		有 ・ 無
		男 ・ 女	年 月 日	歳		有 ・ 無
		男 ・ 女	年 月 日	歳		有 ・ 無

課税情報等に関する同意書 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)及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 _____ 印
--

※提出いただきました個人情報については、真鶴町個人情報保護条例に基づき管理適正のうえ、支給認定業務および入園に伴う関係業務以外には使用いたしません。