|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

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。