

支給認定申請書

記載例

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

市町村が施設型給付費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し、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。

支給認定番号		本人記載の場合不要		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
保護者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ		連絡先	
	氏名	宇都宮 太郎		(自宅) 028-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯) (父・母) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	住所	(〒320 - 〇〇〇〇) 宇都宮市旭一丁目1番5号			
	前年1月1日の住所	宇都宮市白沢町500番地(同じ場合は同上と記載してください)			
児童	フリガナ	ウツノミヤ イチロウ		性別	(男) ・ 女
	氏名	宇都宮 一郎		年齢	3 歳(人所希望年度4月1日時点)
				生年月日	平成 26年 4月20日
生活保護の適用		有 ・ (無)		児童の障がい者手帳の有無	
				有 ・ (無)	

認定開始年月日	令和 元年 4月 1日	入所予定施設	〇〇幼稚園
---------	-------------	--------	-------

世帯の状況(おじ、おばは除く。)

児童の世帯員	氏名	続柄	生年月日	性別	職業等	個人番号(マイナンバー)
	宇都宮 一郎	本人	H.R 26			〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	宇都宮 太郎	父	(S.H) 51年 4月 4日	(男) ・ 女	(株)〇〇商事	△△△△△△△△△△△
	宇都宮 市子	母	(S.H) 51年 5月 5日	男 ・ (女)		×××××××××××××
	栃木 県三	祖父	(S.H) 20年 6月 6日	(男) ・ 女		□□□□□□□□□□□
	栃木 宮子	祖母	(S.H) 22年 7月 7日	男 ・ (女)		●●●●●●●●●●●●●
	宇都宮 花子	妹	(S.H) R 27年 5月 20日	男 ・ (女)		▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲
	※祖父母がいない世帯で、曾祖父母の同居がある世帯は、祖父母の欄にご記入ください。			男 ・ 女		
				男 ・ 女		
				S.H.R 年 月 日	男 ・ 女	

世帯状況	単身赴任・離別・未婚・死別・行方不明・別居(理由:)	
児童の現況	日ごろの生活で気になることや、定期健診などで医師や保健師から指摘を受けたことなどがありましたら記載してください。(言葉が遅い・体重が増えない・落ち着きがなく多動・喘息の発作があるなど)	
発達に関する心配	(有) ・ 無	具体的に
アレルギー	(有) ・ 無	具体的に 卵(卵白完全除去)

※以下は記入しないでください。

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

施設(事業者)名	
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内容)の有無	有(契約・内定(令和 年 月 日契約(内定)))・無
備考	

支 給 認 定 申 請 書

(あて先) 宇都宮市社会福祉事務所長
次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。
市町村が施設型給付費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し、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。

支給認定番号	
--------	--

		令和 年 月 日	
保護者	フリガナ		
	氏名	印	連絡先 (自宅) (携帯) (父・母)
	住所	(〒 -)	
	前年1月1日の住所		
児童	フリガナ	性 別	男 ・ 女
	氏名	年 齢	歳 (入所希望年度4月1日時点)
		生年月日	年 月 日
生活保護の適用 有 ・ 無		児童の障がい者手帳の有無 有 ・ 無	

認定開始年月日	年 月 日	入所予定施設	
---------	-----------------	--------	--

世帯の状況(おじ、おばは除く。)

児童の世帯員	氏名	続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等	個人番号(マイナンバー)
		本人	年 月 日	男・女		
		父	年 月 日	男・女		
		母	年 月 日	男・女		
		祖父	年 月 日	男・女		
		祖母	年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		
			年 月 日	男・女		

世帯状況	単身赴任・離別・未婚・死別・行方不明・別居(理由:)
------	----------------------------------

児童の現況

発達に関する心配	有 ・ 無	具体的に
アレルギー	有 ・ 無	具体的に

※以下は記入しないでください。

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
-------	-------------------------

施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約(内容)の有無	有(契約・内定(令和 年 月 日契約(内定)))・無
備考	