

施設型給付費支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名 印

松崎町長 様

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

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)	年 月 日生	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) (連絡先)			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			

①世帯の状況

区分	氏 名	児童 との 続柄	生年月日	性別	職 業 又は 学校名等	前年度分 (当年度 分)町民 税課税の 有無	備考
児 童 の 世 帯 員	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	
生活保護の適用の有無		適用無し ・ 適用有り (年 月 日保護開始)					

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用を希望する施設 (事業者) 名	施設（事業者）名・希望理由		事業所番号*
	第 1 希望 (希望理由)		
	第 2 希望 (希望理由)		
	第 3 希望 (希望理由)		

- 「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。*印の欄は町記載欄ですので、記入する必要はありません。
- 字は楷書ではっきりと書いてください。

③税情報等の提供に当たっての署名欄

松崎町が施設型給付費の支給認定に必要な町民税の情報（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

*町記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否	認定者番号	認定区分等
可 ・ 否 (否とする理由)		☐ 1 号 ☐ 2 号 ☐ 3 号
年 月 日認定		
支給の可否		支給 (利用) 期間
可 ・ 否 (否とする理由)		自 年 月 日
[☐ 施設型]		至 年 月 日
入所施設 (事業者) 名		
☐ 幼稚園		
備考		

*施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して町に提出する場合)

受付年月日	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)
備考	

(裏面)