

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	
	第1希望	(希望理由)
	第2希望	(希望理由)
	第3希望	(希望理由)
	事業所番号*	

○ 「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)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 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
[<input type="checkbox"/> 施設型]		至 年 月 日
入所施設(事業者)名		
[<input type="checkbox"/> 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)