

※第 号

支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名 _____ 印

結城市長 殿

次のとおり、施設型給付費・地域型保育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
	(ふりがな)	年 月 日生	男 ・ 女
		4月1日時点の年齢	
		歳	
障害者・療育手帳の有無		無 ・ 有 ()	
保 護 者 住所・連絡先	現 住 所： 結城市		
	電話番号 自宅： ()		
	携帯電話 父親： () 母親： ()		
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(同居の世帯員)

区分	氏 名	子どもとの 続柄	生年月日	性別	職種・勤務先 学 校 等	備考
子 ど も の 世 帯 員				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
生 活 保 護 の 状 況		適用なし ・ 適用あり (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	

③個人情報等の提供等に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税(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(保育料)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。

保護者署名 _____