

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	
---------------	--

		平成 年 月 日	
保護者	フリガナ		
	氏名	印	連絡先 (自宅) (携帯) (父・母)
	住所	(〒 -)	
	平成30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	平成 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	平成 年 月 日	入所予定施設	
---------	----------	--------	--

世帯の状況(おじ、おばは除く。)

	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)
児童の世帯員		本人	H 年 月 日	男・女		
		父	S.H 年 月 日	男・女		
		母	S.H 年 月 日	男・女		
		祖父	S.H 年 月 日	男・女		
		祖母	S.H 年 月 日	男・女		
			S.H 年 月 日	男・女		
			S.H 年 月 日	男・女		
			S.H 年 月 日	男・女		
			S.H 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	平成 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(平成 年 月 日契約(内定)))・無
備考	