

台帳番号

## 施設型給付費支給認定申請書（1号認定用）

令和 年 月 日

大垣市長（管理者）様

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定の申請をします。

また、市が施設型給付費の支給認定に必要な市県民税の情報（同一世帯者を含む。）、世帯情報、生活保護及び児童扶養手当の受給情報等について閲覧し、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育施設に対して提示することに同意します。

保護者名	
住所	大垣市
電話番号	自宅、携帯（父、母）
令和6年1月1日現在の住所	1 上記と同じ 2 その他（ ）

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名 (ふりがな)	生年月日 個人番号		性別 続柄 男子	保育園等 在園経験 有( ) 無( )	身障手帳 等の有無 無( ) 有( )
		平成 令和	年 月 日			

## ①世帯の状況

区分	氏名 (ふりがな)	子ども との続柄	生年月日 個人番号		性別	勤務先(職業)・学校名等	備考
			令・平・昭・大・明	年 月 日			
子どもの 世帯員 (本人を 除く。)	(ふりがな)	父	令・平・昭・大・明	年 月 日	男 女		同居 別居
	(ふりがな)	母	令・平・昭・大・明	年 月 日	男 女		同居 別居
	(ふりがな)		令・平・昭・大・明	年 月 日	男 女		同居 別居
	(ふりがな)		令・平・昭・大・明	年 月 日	男 女		同居 別居
	(ふりがな)		令・平・昭・大・明	年 月 日	男 女		同居 別居
	(ふりがな)		令・平・昭・大・明	年 月 日	男 女		同居 別居
	(ふりがな)		令・平・昭・大・明	年 月 日	男 女		同居 別居
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（児童扶養手当の受給 有・無） <input type="checkbox"/> 生活保護の適用（ 年 月 日開始） <input type="checkbox"/> 障害児(者)のいる世帯（氏名 ）						

## ②利用を希望する期間、希望する施設名

利用希望期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
利用を希望する施設名	希望理由	<input type="checkbox"/> 自宅付近	<input type="checkbox"/> 職場付近	<input type="checkbox"/> 通勤経路	<input type="checkbox"/> 兄弟入所	<input type="checkbox"/> その他( )	

# 委任状

令和 年 月 日

大垣市長様

**委任者**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

私（委任者）は、下記の者（受任者）に、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の申請（変更申請）の手続きを委任します。

**受任者**

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

## 注意事項

- 上記は、委任者がすべて記入し、押印してください。
- 窓口で受任者の方の本人確認をさせていただきますので、本人確認書類（運転免許証等）をご持参ください。
- 配偶者や同一世帯の親族であっても、申請者以外が提出される場合は委任状が必要です。

## ※市記載欄

認定証番号	認定区分	支給期間	個人番号の記載	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	1号	自 年 月 日 至 年 月 日	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 番号付き住民票
			身元の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）

決定年月	利用施設	所得割額	保育料	決定年月	利用施設	所得割額	保育料
/			円	/			円
決定年月	利用施設	所得割額	保育料	決定年月	利用施設	所得割額	保育料
/			円	/			円
決定年月	利用施設	所得割額	保育料	決定年月	利用施設	所得割額	保育料
/			円	/			円
決定年月	利用施設	所得割額	保育料	決定年月	利用施設	所得割額	保育料
/			円	/			円