

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7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	性 別	保育園等 在園経験 有 (園) 無	身障手帳 等の有無 無 有 (級)
		個 人 番 号	続 柄		
		令和 年 月 日	男・女 第 子		

①世帯の状況

区 分	氏 名	子ども との続柄	生 年 月 日	性別	勤務先(職業)・学校名等	備考	
			個 人 番 号				
子どもの世帯員 (本人を除く。)	(ふりがな)	父	令・平・昭 年 月 日	男		同居	
				女		別居	
	(ふりがな)	母	令・平・昭 年 月 日	男		同居	
				女		別居	
	(ふりがな)		令・平・昭 年 月 日	男		同居	
				女		別居	
	(ふりがな)		令・平・昭 年 月 日	男		同居	
				女		別居	
	(ふりがな)		令・平・昭 年 月 日	男		同居	
				女		別居	
	(ふりがな)		令・平・昭 年 月 日	男		同居	
				女		別居	
	家庭の状況						
	□ひとり親家庭（児童扶養手当の受給 有 ・ 無） □生活保護の適用（ 年 月 日開始） □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 □自宅付近 □職場付近 □通勤経路 □兄弟入所 □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

1. 上記は、委任者がすべて記入し、押印してください。
2. 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。
3. 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	☐ 有 ☐ 無
	1号	自 年 月 日 至 年 月 日	個人番号の確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 番号付き住民票
			身元の確認	☐ 運転免許証 ☐ 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