

施設型給付費支給認定申請書（1号認定用）

平成 年 月 日

（あて先） 清 水 町 長

申込者（保護者） _____ ㊟

次のとおり、施設型給付費に係る支給認定を申請します。

また、清水町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することや、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。

申請に係る 小学校就学前 の子ども	氏 名 <small>（ふりがな）</small>	生 年 月 日 平成 年 月 日	性 別 男・女	障害者手帳 有・無
保護者住所 連絡先	清水町			
	自宅	父（携帯）	母（携帯）	
認定番号	※支給認定を受けている場合に記入			

世帯の状況（本人以外）

区分	氏 名	児童との続柄	生年月日	性別	勤務先又は学校名等
児 童 の 世 帯 員			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
			年 月 日	男・女	
生活保護適用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→（平成 年 月 日保護開始）				
障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→氏名（ ）種類（ ）等級・程度（ ）				
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭： 年 月 日から 理由： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居（調停 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> その他（ ）				

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	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
利用を希望する園名	
保育園等との併願	→併願している保育園等（ ）

※清水町記入欄

受付日：平成 年 月 日	認定の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	認定日：平成 年 月 日
認定番号：	支給の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
支給年月日：平成 年 月 日 から平成 年 月 日		