

1号認定

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書

熊本県上益城郡嘉島町長 殿

下記の事項に同意のうえ、真正な書類を添付し、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の申請を申し込みます。

- 1、支給認定及び利用料決定のために必要な市町村民税の情報（同一世帯を含む）及び世帯情報を町が閲覧すること（個人番号利用も含む）
2、決定した利用者負担額について、保育所等に対して提示すること
3、税資料を期限までに提出できないときは、基準額の最高階層にて決定されること
4、必要と認める際には、小学校、他の保育所等その他の機関に対して個人情報を提供すること

Table with 3 columns: マイナンバー, 身元証明, 受付者

令和 年 月 日

代表保護者氏名

Main application form table with columns: 氏名, 生年月日, 年齢, 性別, 障がい者手帳等の有無, 保護者住所・連絡先

①利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

Table for utilization period and facility name with columns: 希望の保育給付費認定区分, 令和 年 月 日より, 利用を希望する施設（事業者）名

②世帯の状況

Large table for household status with columns: 区分, ふりがな氏名, 子どもの続柄, 生年月日, 年齢, 性別, 勤務先又は学校名等, 障がい者手帳等の有無, 備考

\*施設記載欄

Table for reception date: 受付年月日 年 月 日

Table for facility details: 施設（事業者）名, 担当者氏名・連絡先, 利用契約（内定）の有無, 備考