

# 支給認定申請書(兼入所申込書兼現況届) 記入例

釜石市長宛

申請日(届出日) 年 月 日

●この申請書に記載されている事項の中で、利用調整及び教育・保育の運営上必要と認められる情報  
 ●申請内容が事実と相違する場合は、支給認定を取り消すことがあります。  
 以上の事に同意のうえ、次のとおり施設型給付費・地域型保育型給付費の支給認定を申請します。

平成30年1月1日  
 時点の状況です。

申込区分 新規申込(支給認定を受けていない) 転園・待機中(支給認定済) 在園中 保育の希望 有 無

フリガナ	カマイシ タロウ	続柄	生年月日	連絡先 (続柄)
保護者氏名	釜石 太郎 ㊟	父	昭和60年6月0日	携帯 090-1234-0000 (父) 携帯 090-5678-0000 (母)
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			
保護者住所	〒026-0001 釜石市只越町〇-〇-〇〇	1/1時点の住所	父 釜石市(市外) 母 釜石市(市外)	携帯(その他) 25-0000(祖父母宅) 携帯(その他) 26-0000(母職場)
受任者(提出者)	氏名 釜石 花子	住所 釜石市只越町〇-〇-〇〇	申請者との続柄 妻	

なお、上記の申請及び個人番号の提供について、以下のものに委任します。(上記の申請者が申請に来られない場合にはご記入ください)

フリガナ	カマイシ サクラ	性別	生年月日	※障がいの有無
申請児童氏名	釜石 桜	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	平成〇年〇月〇日 1歳 〇ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 療育手帳(A・B) <input type="checkbox"/> 身体・精神障害者手帳(級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金
個人番号	2 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			
他市町村から転入の場合 前住所地での保育施設利用	<input type="checkbox"/> 利用していない <input checked="" type="checkbox"/> 利用していた(施設名: 盛岡保育園)			

世帯の状況 ※別居している児童の兄弟も記入する	氏名 (申請児童は記入しない)	続柄	生年月日	個人番号(マイナンバー) 勤務先・または単身赴任先・学校・幼稚園・保育所の名称	障がいの有無 (※上記の手帳等取得している方は記入)	同居 別居
	カマイシ タロウ 釜石 太郎	父	昭和60年6月0日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 (株)〇〇商事	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	同・別
	カマイシ ハナコ 釜石 花子	母	昭和61年7月0日	2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 〇〇病院	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	同・別
	カマイシ 釜石 〇〇	兄	平成11年11月0日	3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 盛岡〇〇高等学校	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	同・別
	カマイシ 釜石 〇〇	兄	平成20年12月0日	4 5 6 7 8 9 1 2 3 4 5 6 〇〇小学校	有・無 (特別児童扶養手当受給)	同・別
	カマイシ 釜石 〇男	曾祖父	昭和6年8月0日	7 8 9 1 2 3 4 5 6 7 8 9	有・無 (身体障害者手帳2級)	同・別

同居の祖父母を「世帯の状況」欄に記入した場合は、下欄への記入は不要です。  
 同居家族の人数が多く「世帯の状況」の記入欄が足りない場合は、同居の祖父母は  
 下記に記入して下さい。その場合、住所の欄に職業を記入して下さい。

祖父	釜石 〇〇	61歳	昭和〇年〇月〇日	〇〇商店	有・無	同・別
父方	釜石 〇〇	62歳	昭和〇年〇月〇日	無職	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	同・別
母方	只越 〇〇	72歳	昭和〇年〇月〇日	釜石市只越町〇-〇	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	同・別
	只越 〇〇	68歳	昭和〇年〇月〇日	釜石市只越町〇-〇	有・無	同・別

ひとり親の場合の理由 離婚(年 月) 死別(年 月) 未婚  
離婚前提の別居 年 月から(生計同一・別)⇒別世帯になっている配偶者の氏名( )

生活保護の適用 無 有(担当者 年 月 日保護開始)

市が施設型給付費・地域型給付費等の支給認定に必要な市民税の情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報を閲覧すること、また、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。

保護者氏名 釜石 太郎 ㊟ 保護者氏名 釜石 花子 ㊟

市記載欄	支給認定番号		
	①番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し等	<input type="checkbox"/> 無
	②身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書(運転免許証等) <input type="checkbox"/> その他書類2つ	<input type="checkbox"/> 無

