

特定教育・保育施設等給付費支給認定申請書

年 月 日

赤穂市長 宛

下記のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定を申請します。

なお、赤穂市が施設型給付費・地域型給付費等の支給認定に必要な住民税の情報（同一世帯を含む）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。

利用希望施設名						
保護者	フリガナ			男・女	生年月日	
	氏名				年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 本人確認書類添付 <input type="checkbox"/> 窓口にて本人確認済			
	自宅電話		携帯電話	父・母・その他 ()		
	現住所	〒				
前住所あるいは転居予定先	(2年以内に転居された方、今後転居する予定のある方は記入してください)				(年 月 日転居)	

フリガナ				生年月日	
児童名				男・女	年 月 日
利用を希望する期間		年 月 日 から 小学校就学前 まで			
児童の世帯員 (申込児童を除く)	(フリガナ) 世帯員氏名	子どもの 続柄	生 年 月 日	職業(勤め先)・学校等	備考
		父	年 月 日		
		母	年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

特記事項 (赤穂市記入欄)
