

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定申請書

申込書の提出日を記載してください。

令和6年10月1日

(宛先) 新発田市長

申請者（保護者）氏名 新発田 一郎

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定を申請します。

申請児童	ふりがな氏名	生年月日	性別	障害者手帳等の有無
	新発田 次郎	令和4年4月2日	男・女	有・無
保護者住所	新発田市中心中央町3-3-3			
保護者電話番号	000-000-0000			
認定希望期間	令和7年4月1日から令和10年3月31日まで			
世帯の状況	続柄	氏名	生年月日	年齢
	父	新発田 一郎	昭和54年3月14日	45
	母	新発田 夏子	昭和58年8月3日	1
	姉	新発田 春子	平成22年3月	14
別居している養育児童	氏名：新発田 太郎 (生年月日：平成20年4月23日) 住所：〇〇県〇〇市〇-〇 支給認定申請児童との続柄：兄			
新発田市が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定に必要な情報（同一世帯の者を含む）を閲覧すること、また、その情報に基づいた情報として必要と認める場合について、入園した園に対して提示することに同意します。				
申請者（保護者）本人が提出する場合は記載不要です。		保護者氏名 <u>新発田 一郎</u>		

・開始は入園日に合わせてください。

(満3歳児は早くとも3歳に達する日の前日から)

・終了は最長で小学校1年生になる年を記載してください。

いない場合は空欄です。

認定希望期間の開始が4月～8月であれば前年度を、9月～3月であれば当年度を記載してください。

新発田市外の方は、該当年度の1月1日現在の住所を区名等まで必ず記載してください。

上記の「申請者（保護者）氏名」と同一氏名を記載してください。

施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定申請に伴い、個人番号の提供を下記の者を代理人に定め委任します。

代理人(受任者) 住所 新発田市中心中央町3-3-3 氏名 新発田 夏子申請者(委任者) 住所 新発田市中心中央町3-3-3 氏名 新発田 一郎教育・保育給付認定証の交付の希望 交付を希望する

※ 交付を希望しない場合、給付認定に係る事項がすべて記載された「教育・保育給付認定通知書」を交付します。

【裏面の個人番号記載欄へも、記載をしてください】

個人番号記載欄

マイナンバー制度の開始により施設型給付番号の利用が必要となりました。対象者の氏の個人番号の確認のため提出の際は、申請保護者（または氏名欄に記載された父母いずれか）の個人番号が確認できる書類（個人番号カード、個人番号通知カード又は個人番号記載の住民票）をお持ちください。

対象者の個人番号について、**必ず**記載してください。

対象者	氏名	個人番号											
児童	新発田 次郎	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
父	新発田 一郎	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
母	新発田 夏子	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
別居している養育児童	新発田 太郎	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

記入上の注意

- 「障害者手帳等の有無」の欄は、申請児童に係る障害者手帳等（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）の有無について、該当するものを○で囲んでください。
- 保護者電話番号が複数ある場合は連絡のつきやすい順に記入してください。

受付者記載欄

受付年月日	年 月 日	受付施設名	
個人番号確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> なし		

市記載欄

認定者番号	認定年月日	認定期間
	年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日