

2. 申請児童

給付認定申請を行う児童を記載してください。

保育の必要性があり、預かり保育・認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・子育て援助活動支援事業（ファミリーサポート）を利用する方は、記入してください。

氏名												子	生年月日			
個人番号（マイナンバー）（12桁）													平成	年	月	日
氏名 大河原 はな												子	平成	28	8	5
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2					
氏名													昭和			
													平成			
氏名													昭和			
													平成			

3. 同居の親族等

※ただし、幼稚園・認可外施設・認定こども園等を利用する児童が、3歳誕生日到達～就学前である場合は記入不要です。

次の事由に該当する場合は、同居の親族等の個人番号（マイナンバー）の提出も必要となりますので、下記の欄に記載してください。

- 申請児童の直系血族（祖父母・曾祖父母）
利用目的／保育所等利用調整順位の指数決定（市町村民税情報）、子育てのための
- 身体障害者、精神障害者保健福祉手帳の交付を
利用目的／利用者負担金決定（身体障害者手帳）
- 保育を必要とする事由が同居の家族の介護の場合、介護を受けている方
利用目的／保育の必要性の確保（要介護、要支援状況）、子育てのための施設等利用給付認定（身体障害者手帳交付状況）

保育の必要性があり、預かり保育・認可外保育施設・一時預かり事業・病児保育事業・子育て援助活動支援事業（ファミリーサポート）の方の方は、同居のご家族について記入してください。

氏名												申請児童との続柄	生年月日			
個人番号（マイナンバー）（12桁）													昭和	年	月	日
氏名 大河原 春夫												祖父	昭和	30	7	20
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		平成			
氏名													昭和			
													平成			
氏名													昭和			
													平成			
氏名													昭和			
													平成			

●大河原町使用欄（以下の手順で処理します）

- 記載されている番号が正しい番号であることを確認した（番号確認）
- 申請者が番号の正しい持ち主であることを確認した（身元確認）

確認者