

児 童	氏 名 (ふりがな)	生年月日	施設名	新規・継続の別
		平成 年 月 日生		新規・継続
		平成 年 月 日生		新規・継続
		平成 年 月 日生		新規・継続

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定申請書 別紙 個人番号（マイナンバー）提供用紙

桜川市長 様

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ため、個人番号（マイナンバー）を提供します。

① 児童

氏名	生年月日	性別	個人番号（マイナンバー）
	平成 年 月 日	男・女	

② 保護者

氏名	生年月日	続柄	個人番号（マイナンバー）
	年 月 日		

③ ②以外の児童の世帯員

氏名	生年月日	続柄	個人番号（マイナンバー）
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		

平成 年 月 日

（住 所）

（保護者氏名）

（ 電 話 ）

印

○番号確認及び身元確認に必要な資料をご用意ください。

○行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第9条に基づき、市町村が施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定等に必要な限度で、個人番号を利用いたします。