

《支給認定申請書等添付用》

重要書類
取扱注意

個人番号（マイナンバー）申告書

平成 年 月 日

私は施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の申請（変更申請）にあたり個人番号確認書類及び身元確認書類を提示して個人番号を申告します。

また、私以外の世帯員については、個人番号及び特定個人情報の取扱い事務について、私が個人番号関係事務実施者として番号確認及び身元確認を行ったうえで、個人番号を申告します。

申込者住所 : 阿波市

申込者(保護者名) : _____ (印)

続柄	個人番号（12ケタ）	フリガナ	
入所児童	- -	氏名	
		生年月日	平成 年 月 日

続柄	個人番号（12ケタ）	フリガナ	
保護者 (父)	- -	氏名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日

続柄	個人番号（12ケタ）	フリガナ	
保護者 (母)	- -	氏名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日

【市等記入欄】 以下は記入しないでください。

《個人番号確認》		受付印
<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等		
《申請者身元確認》 ※個人番号カードの場合は不要		確認者
A 写真付き身分証明書（この場合は1つ）	B その他本人確認書類（この場合は2つ）	
<input type="checkbox"/> 住基カード（顔写真あり）	<input type="checkbox"/> 各種健康保険被保険者証	
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 各種共済組合の組合員証	
<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> 年金手帳	
<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 地方公務員共済組合員証	
<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済加入者証	
<input type="checkbox"/> 在留カード	<input type="checkbox"/> その他官公署等からの発行書類等で	
<input type="checkbox"/> 特別永住者証明書	①氏名、②生年月日又は住所、の記載のあるもの	
<input type="checkbox"/> その他官公署発行の写真付き身分証明書等で、		
①氏名、②生年月日又は住所、の記載のあるもの		
備考欄		