

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定現況届

年 月 日

銚田市長 あて

〒311-

住所（居住地） 銚田市

保護者氏名



次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る現況を届け出ます。

子どもの名前	氏名		保護者との続柄	生年月日		性別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)			年 月 日生	個人番号		
緊急連絡先	1		父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	2		父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他 （ ）	有・無
現在利用している施設				認定番号			
継続利用希望の有無	有	無（理由： ）					

①税情報等の提供に当たっての同意（ただし、市に情報がない場合には、課税証明書等の提出が必要です。）

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること、また、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。

保護者名 _____ (印)

②世帯の状況（住民票が別でも、同居している方、単身赴任をしている方は記入してください。）

区分	氏名	児童との続柄	生年月日	年齢	職業又は学校名等	備考
児童の世帯員	(ふりがな)		年 月 日生			
	(ふりがな)		年 月 日生			
	(ふりがな)		年 月 日生			
	(ふりがな)		年 月 日生			
	(ふりがな)		年 月 日生			
	(ふりがな)		年 月 日生			
	(ふりがな)		年 月 日生			
生活保護の適用の有無		該当なし ・ 該当あり（ 年 月 日保護開始）				
在宅障害者（児）		該当なし ・ 該当あり（氏名 ）				
ひとり親世帯		該当なし ・ 該当あり				

③保育の利用を必要とする理由等（証明書類等の添付が必要です。）

保育の 利用を 必要と する理 由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労（育休明け）（復職 年 月 日） <input type="checkbox"/> 就労内定（ 年 月 日・入所後） ・家庭外（常勤・パート・農業・自営・派遣・その他） ・家庭内（内職・自営・その他） ・勤務時間 時 分 ～ 時 分 ・勤務日数 1月あたり 日 1週間あたり 日 ・勤務先名 勤務地
		<input type="checkbox"/> 疾病（病名： 発症 年 月頃から 入院 年 月～ 年 月 通院 回） <input type="checkbox"/> 障害（障害名 手帳種類 身体・精神・療育・障害年金 級 A・B・C その他） <input type="checkbox"/> 看護・介護（対象者 続柄 病名 住所 ）
		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（ ）
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 調定中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就労（育休明け）（復職 年 月 日） <input type="checkbox"/> 就労内定（ 年 月 日・入所後） ・家庭外（常勤・パート・農業・自営・派遣・その他） ・家庭内（内職・自営・その他） ・勤務時間 時 分 ～ 時 分 ・勤務日数 1月あたり 日 1週間あたり 日 ・勤務先名 勤務地
	母	<input type="checkbox"/> 疾病（病名： 発症 年 月頃から 入院 年 月～ 年 月 通院 回） <input type="checkbox"/> 障害（障害名 手帳種類 身体・精神・療育・障害年金 級 A・B・C その他） <input type="checkbox"/> 看護・介護（対象者 続柄 病名 住所 ）
		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> その他 具体的な状況（ ）
		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 調定中 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		利用を希望する期間 年 月 日から 年 月 日まで・ 就学前まで
		希望する 曜日から 曜日まで 希望する 時 分から 時 分まで 利用曜日 利用時間 (時間 分)

④きょうだい（小学校就学前児童）の現在の状況と今後の予定（きょうだいがいる場合のみ記入）

きょうだい（小学校就学前児童）の現在の状況

- 施設利用 → 現在利用している施設の名称（ ） 利用日数（週 ____日）
- 父母が保育している → A. 仕事を探している B. 就職内定（ ____年 ____月から）
C. 育児休暇・産後休暇中（ ____年 ____月 ____日） 明け（ 早め復帰 ・ 延長可 ）
- 祖父母等が保育している → （父方・母方）（祖父・祖母・その他 ）
- 友人・知人に預けている → （氏名 / 住所 ）
- 仕事に同伴している → （同伴している人 / 父・母・祖父・祖母・その他 ）
- その他（ ）

きょうだい（小学校就学前児童）の日中の保育について保育所（園）以外で保育している場合は、今後（新年度）のきょうだいの保育の予定を記入してください。

保育所（園）の入所を希望（別途、教育・保育給付認定申請・保育利用希望申込みが必要です。）

（第1希望： 理由： ）

（第2希望： 理由： ）

（第3希望： 理由： ）

現在の保育を継続
（理由： ）

⑤祖父母の状況（状況により証明書類等の添付が必要です。）

父方	祖父 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別 ・ 離別		
		①就労	常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日	
		②疾病	病名：	診療機関名：
			入院・外来： 年 月～	外来回数：週・月 回
		③看護・ 介護	対象者名：	対象者住所：
	児童との続柄：		理由（病名等）：	
	④その他	理由（具体的に）：		
	祖母 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別 ・ 離別		
		①就労	常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日	
		②疾病	病名：	診療機関名：
入院・外来： 年 月～			外来回数：週・月 回	
③看護・ 介護		対象者名：	対象者住所：	
	児童との続柄：	理由（病名等）：		
④その他	理由（具体的に）：			
母方	祖父 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別 ・ 離別		
		①就労	常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日	
		②疾病	病名：	診療機関名：
			入院・外来： 年 月～	外来回数：週・月 回
		③看護・ 介護	対象者名：	対象者住所：
	児童との続柄：		理由（病名等）：	
	④その他	理由（具体的に）：		
	祖母 () 歳	氏名 (別居の場合は住所) 死別 ・ 離別		
		①就労	常勤・パート・農業・自営・派遣・内職・その他 () 無職 平均就労日数・時間 日/週 時間/日	
		②疾病	病名：	診療機関名：
入院・外来： 年 月～			外来回数：週・月 回	
③看護・ 介護		対象者名：	対象者住所：	
	児童との続柄：	理由（病名等）：		
④その他	理由（具体的に）：			

(記入上の注意)

- ・同世帯で2人以上の児童が同時に施設等を利用している場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いてください。
- ・「①税情報等の提供に当たっての同意」は、記載内容を確認のうえ、署名・捺印してください。

(留意事項)

- ・現況届等に記載した事項については、教育・保育の運営等に必要と認められる場合に、特定教育・保育施設等に情報提供することがあります。
- ・保育の必要性の該当事由により、希望する認定が受けられない場合や、利用期間及び利用時間の希望に添えない場合等がありますので、あらかじめご承知ください。

*市記載欄

受付年月日	年 月 日
-------	-------

認定の可否 可 ・ 否 (否とする理由) 年 月 日認定	認定者番号	認定区分等 □1号 □2号 □3号 (□標 □短)
教育・保育給付 (入所) の可否 可 ・ 否 (否とする理由) [□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型]		教育・保育給付 (利用) 期間 自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設 (事業者) 名		
入所施設名 (事業者) 名 () (□認定こども園 (□連 □幼 (□幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保)) □幼稚園 □保育所 □地域型 (□小 □家 □居 □事))		

*施設記載欄 (施設 (事業者) を経由して市に提出する場合)

受付年月日	年 月 日
-------	-------

施設 (事業者) 名	(事業所番号 :)
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)
入所契約 (内定) の有 無	有 (契約・内定 (年 月 日契約 (内定))) ・ 無
備 考	

