

現況届 兼 施設利用申込書

平成 年 月 日

(保護者氏名)

肝付町長 永野 和行 殿

㊞

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る現況届を申請し、保育所・幼稚園等施設への入所について申し込みます。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏 名	生年月日 ※年齢は平成30年4月1日現在	性 別	障害者手帳の有無
	(ふりがな)	平成 年 月 日 (歳)	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	個人番号: (住所) (連絡先) 自宅: (父携帯: 母携帯:)			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			
保育の希望の 有 無 (※)	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合 (幼稚園等と併願の場合を含む) ----- 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合 (保育所等と併願の場合を除く)			

- (※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入して下さい。

①世帯の状況

区分	氏 名	子ども との続柄	生年月日	性 別	職 業 又 は 学 校 名 等	障害者 手帳の 有 無	前(当)年度分 市町村民税 課税の有無
子どもの 世帯員	(ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
	個人番号: (ふりがな)		年 月 日	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無		適用無し・適用有り (年 月 日 保護開始)					

②利用を希望する期間、希望する施設(事業所)名

利用希望期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
利用を希望する 施設(事業者)名	施設(事業者)名・希望理由	
	第1希望	(理由)
	第2希望	(理由)
	第3希望	(理由)
	第4希望	(理由)
	第5希望	(理由)

- 別紙の「記入上の注意」をよく読んでから記入して下さい。*印の欄は市町村記載欄ですので、記入する必要はありません。
○ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

③保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

保育の利用を必要とする理由	続柄	必要とする理由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等 ・ <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日		利用時間
	月・火・水・木・金・土		時分から 時分まで
希望する保育必要量	<input type="checkbox"/> 保育標準時間(8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間未満)		

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(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。

保護者氏名 _____ ㊞

※世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市町村ではない世帯員の有無 (有 ・ 無)

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

※この【現況届 兼 施設利用申込書】を提出される際に、必ず、下記書類を添付してください。

1. 就労(常勤・パート等)されている場合は、勤務(採用予定)証明書【父親・母親ともに必要】
2. 内職・農業・自営業をされている場合は、事業(自営等)申告書【※事業を証明できる書類も必要】
3. その他、保育を必要とする事由の証明書類【別紙「保育の必要性を証明する書類」一覧を参照】

☆必要な書類についてご不明な場合は、役場福祉課 児童家庭係(65-8413)へご連絡ください。

*市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日	
認定の可否	認定者番号	認定区分等
可・否 (否とする理由)		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
平成 年 月 日認定		
支給(入所)の可否	支給認定期間	契約期間
可・否 (否とする理由)	自平成 年 月 日	自平成 年 月 日
[<input type="checkbox"/> 施設型 <input type="checkbox"/> 地域型 <input type="checkbox"/> 特例施設型 <input type="checkbox"/> 特例地域型]	至平成 年 月 日	至平成 年 月 日
入所施設(事業者)名		平成29年度 利用施設名
<input type="checkbox"/> 認定こども園(<input type="checkbox"/> 連 <input type="checkbox"/> 幼(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(<input type="checkbox"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(<input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設		
備考		

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日
施設(事業者)名	(事業所番号:)
担当者氏名	(担当者)
連絡先	(連絡先)
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定(平成 年 月 日契約(内定))) ・ 無
備考	