

現況届 兼 施設型給付費・施設型保育給付費支給認定申請書

年 月 日

(保護者氏名)

長崎県東彼杵郡波佐見町長殿

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日 <small>※年齢は3.4.1現在</small>	性別	障害者手帳等の有無
	(ふりがな)	令和 年 月 日 生 (歳)	男・女	有・無 種類()
保護者 住所・連絡先	(住所) 長崎県東彼杵郡波佐見町 郷 番地			
認定証番号	(連絡先) 父携帯: 母携帯:			
保育の希望の有無(※)	※既に教育・保育給付認定を受けている場合に記入して下さい。			
	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	子どもの続柄	生年月日	性別	職業 又は 学校名等	障害者 手帳等 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 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
	(ふりがな)		年 月 日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り ()					保護開始	

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用希望期間	年 月 日 から 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	事業所番号*
	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)		

- 「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してい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	備考
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 別居家庭 (単身赴任等) ・ <input type="checkbox"/> 左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
希望する保育必要量	月・火・水・木・金・土	時 分から	時 分まで
<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)			

(祖父母の状況)

	氏名	年齢	同居・別居	住所 (※ 同居以外の場合)	就労	職業、疾病名等
父方	祖父		同・別・他		有・無	
	祖母		同・別・他		有・無	
母方	祖父		同・別・他		有・無	
	祖母		同・別・他		有・無	

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、特定個人情報を除く申請書の記載内容及び決定した利用者負担額について、利用する特定教育・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

(対象となる世帯員の氏名・当時の居住地)

前年、当年1月1日現在の居住地が当町ではない世帯員の有無 (□有 ・ □無)
 有の場合、上記枠に対象者の氏名と当時の居住地を記入して下さい

* 市町村記載欄

受付年月日	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)			□1号 □2号 □3号 (□標 □短)
年月日認定		教育・保育給付認定期間	
支給 (入所) の可否		契約期間	
可・否 (否とする理由)		自 年月日 至 年月日	自 年月日 至 年月日
〔□施設型 □地域型 □特例施設型 □特例地域型〕		令和 年度 利用施設名	
入所施設 (事業者) 名			
[□認定こども園 (□連 □幼 (□幼 □保) □保 (□保 □幼) □地 (□幼 □保)) □幼福園 □保育所 □地域型 (□小 □家 □居 □事) □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	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)		
利用契約 (内定) の有無	有 (契約・内定 (年 月 日 契約 (内定))) ・ 無		
備 考			