

教育・保育給付認定現況届
(施設型給付費・地域型保育給付費)

令和 年 月 日

西都市長 様

保護者氏名 _____

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る現況を届け出ます。

申請 児童	氏名(フリガナ)		性別	生年月日	年齢 (R6.4.1時点)	障がい者・療育手帳等の所持又は特別児童扶養手当の対象 有・無
			男・女	平・令 年 月 日	歳	
					入所(園)希望日	令和 年 月 日
住所	(現住所) 西都市				連絡先	
	※保護者が西都市外にいる場合は所在地を書いてください				父携帯	— —
	(父・母)				母携帯	— —
					自宅	— —
				勤務先等		— —
居住 市町村	令和5年1月1日 時点の住所 ※市町村まで記入	父	西都市内・市外()	令和6年1月1日 時点の住所 ※市町村まで記入	父	西都市内・市外()
		母	西都市内・市外()		母	西都市内・市外()
保育の 希望の 有 無	<input type="checkbox"/> 無: 1号認定を希望		幼稚園等において幼稚園教育を希望する児童(※1)			
	<input type="checkbox"/> 有: 2号認定又は3号認定を希望		保育所等で保育を希望する児童(※2) 希望時間を選んでください			
			<input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間)を希望(※3) (保護者の状況によっては希望に添えないことがあります)			
			<input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間)を希望(※4)			

- ※1 「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
- ※2 「保育所等」とは、保育所(園)、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)。
- ※3 「保育標準時間」は、保護者の月120時間以上の就労、妊娠出産、疾病・障がい及びその介護、就学、災害復旧、育児休業時に既に入所している子の継続利用などの理由による入所の際に選べます。
- ※4 「保育短時間」は、保護者の月120時間未満の就労、求職活動中及び短時間保育を希望する場合になります。

①世帯の状況

区分	続柄	(フリガナ)		生年月日	児童との同居	障がい者手帳等の所持、又は特別児童扶養手当の対象	家庭の状況		
		氏名					生活保護の適用		
児童の保護者及び世帯員	父			昭・平 年 月 日	同居・別居	有・無	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)等のいる世帯 <input type="checkbox"/> 上記以外の世帯		
	母			昭・平 年 月 日	同居・別居	有・無	生活保護の適用 <input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日 保護開始)		
	続柄	(フリガナ)		生年月日	年齢 (R6.4.1時点)	性別	同上	備考	
		氏名		大・昭・平・令 年 月 日	歳	男・女	有・無		
				大・昭・平・令 年 月 日	歳	男・女	有・無		
				大・昭・平・令 年 月 日	歳	男・女	有・無		

※別世帯でも同住所に住む方はすべて記載してください。また単身赴任や就学等で別居している保護者や生計を同一とするきょうだいがいる場合も記載してください。

②利用を希望する施設名（事業所名）

希望する施設名	希望理由	園への連絡等	備考
第1希望		済・未	
第2希望		済・未	
第3希望		済・未	

③保育の利用を必要とする理由（1号認定の場合は記入の必要はありません。）

※保護者の労働又は疾病など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、記入してください。

保育の利用を必要とする理由 ※同居の祖父母で満60歳未満の方がいる場合は、その祖父母についても記入してください。	続柄	必要とする理由	具体的な就労状況
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の児童 <input type="checkbox"/> その他（ ）	勤務先： 勤務時間： 時 分～ 時 分 通勤時間：片道 分 勤務日数：月平均 日
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の児童 <input type="checkbox"/> その他（ ）	勤務先： 勤務時間： 時 分～ 時 分 通勤時間：片道 分 勤務日数：月平均 日
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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"/> 虐待やDVの恐れ <input type="checkbox"/> 育休取得中で保育利用中の児童 <input type="checkbox"/> その他（ ）	勤務先： 勤務時間： 時 分～ 時 分 通勤時間：片道 分 勤務日数：月平均 日
希望する利用時間	利用希望する曜日 曜日から 曜日まで		利用希望する時間帯 時 分から 時 分まで

④認定結果の通知時期及び個人情報等の提供に当たっての署名欄

- 4月入所に関する認定申請の結果について、事務処理に相当の期間を要することを理由として、利用調整の結果とともに12月以降に通知されることに同意します。
- 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町村民税の情報（同一世帯者及び同居者を含む。）及び世帯情報を閲覧し、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 _____

※ 市記入欄

受付		市・園		受付年月日		令和 年 月 日	
認定の可否	可（認定年月日） 令和 年 月 日 否（否とする理由）					認定番号	
支給（入所）の可否	可・否（否とする理由）						
支給（利用）期間	自：R 年 月 日		至①：R 年 月 日		至②：R 年 月 日 至③：R 年 月 日		
入所施設名						事業所番号	
利用者負担額	対象期間	月から	月階層変更	月階層変更	家族の状況	1.母子・父子世帯	
	階層区分	国階層				2.在宅障がい者(児)世帯	
	前年度市民税	所得割				3.生活保護世帯 年 月 日開始	
	階層区分	均等割			保育実施の解除年月日		
	利用者負担額	全・無 払・免 円	全・無 払・免 円	全・無 払・免 円	R 年 月 日解除(理由)		
認定区分等	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 短	入力	確認	
備考							

※ 施設記入欄（園を経由して市に提出する場合）

受付年月日		年 月 日	
施設名（事業者名）	（事業所番号： ）		
担当者氏名・連絡先	（担当者） （連絡先）		
備考			