

子どものための教育・保育給付認定現況届

令和 年 月 日

保護者氏名



日光市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る給付認定の現況を届け出ます。

市町村が施設型給付費・地域型保育給付費等の給付認定に必要な市町村民税の情報（同居親族を含む）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・保育施設に対し、提示することに同意します。

この現況届に記載した世帯情報等を特定教育・保育施設等に提供することに同意します。

届出に係る小学校 就学前子ども	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性 別	保護者との 続柄	認定者番号（認定済の場合） 個人番号
		年 月 日生 (オ児ｸﾗｽ)	男・女		
保 護 者 住 所 連絡先・生年月日 個 人 番 号	(現住所)			(生年月日) 昭・平 年 月 日 (個人番号)	
	(電話番号)	-	-	(連絡先電話番号)	-
現在利用している 施設名					
来年度の保育の 希望の有無(*1)	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				
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合				

(*1)・「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。
・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園（教育部分）をいいます。

① 保育の利用を必要とする理由等 ※保育の希望の有無で「有」を○で囲んだ場合は記入して下さい。

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"/> 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・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入 ()
		<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・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <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)や、その他の内容を記入 ()	

②申請児童の情報

障害者手帳の情報	無・有（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳）
アレルギー情報	無・有（ ）
その他特記事項	無・有（ ）

③世帯の状況

ひとり親世帯等の有無	非該当・該当（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯等 <input type="checkbox"/> 在宅障がい児(者)のいる世帯）							
生活保護の適用の有無	非該当・該当（ 年 月 日 保護開始）							
区分	(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	性 別	児童との 続柄	多子軽減 計算対象 (*2)	職業 又は 学校名 等	同居・ 別居の 別(*3)	備 考(*4) (個人番号)
児 童 の 世 帯 員		年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		同・別	
		年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		同・別	
		年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		同・別	
		年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		同・別	
		年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 対象		同・別	

(*2) 多子軽減計算の対象施設に入園・入所・入学している場合、該当にチェックを付けて下さい。

(*3) 同居か別居か該当する方に○を付けてください。(*4) 保護者(父母)及び生計の中心者は個人番号を記入してください。

*施設記載欄 (幼稚園等を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	令和 年 月 日
施設(事業者)名	(施設・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	

*市町村記載欄

受付年月日	令和 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) 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短)
給付(入所)の可否		給付(利用)期間
可・否 (否とする理由) (<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)		自 年 月 日 至 年 月 日
入所施設(事業者)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"/> 幼 <input type="checkbox"/> 保) <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)		
備考		