

施設型給付費・地域型保育給付費等 支給認定兼入園(所)現況届

令和 年 月 日

せたな町長 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出ます。また、せたな町が施設型給付費・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や、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。

届出に係る 小学校就学 前子ども	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日
			男・女	平成・令和 年 月 日生
個人番号	<input type="text"/>		障がい者手帳の有無	有・無
支給認定 保護者	保護者名:		自宅電話	— —
	〒 —		父 携帯	— —
	せたな町 区		母 携帯	— —
認定証番号	()		※既に支給認定を受けている場合に記入してください。	

①世帯の状況 (住民票上同一世帯員を記入してください。)

区分	(ふりがな) 氏 名	児童との 続柄	生年月日	性別	勤務先 又は学校名等	当年度分 市町村民税 課税の有無	個人番号
届出に 係る 子ども 以外 の 就学 前 員 子			大・昭・平・令	男・女		有・無	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			大・昭・平・令	男・女		有・無	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			大・昭・平・令	男・女		有・無	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			大・昭・平・令	男・女		有・無	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			大・昭・平・令	男・女		有・無	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
生活保護の適用の有無			適用なし・適用あり(平成・令和 年 月 日保護開始)				
家庭の状況			<input type="checkbox"/> ひとり親家庭(<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別) <input type="checkbox"/> 障がい者(<input type="checkbox"/> 児童本人 <input type="checkbox"/> 児童以外)				

②保育の利用を必要とする理由等(※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。)

理由	続柄	必要とする理由(あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> してください。)
保育の 利用を 必要と する	父 ()	<input type="checkbox"/> 就労 【勤務先: 就労時間:週 日、1日 時間】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい【症状等: 通院回数: 日/週・月】 <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()
	母 ()	<input type="checkbox"/> 就労 【勤務先: 就労時間:週 日、1日 時間】 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産【出産(予定)日: 年 月 日】 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい【症状等: 通院回数: 日/週・月】 <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()

※裏面の記載は不要です。

* 施設記載欄



現況の確認	担当者
有・無	

受付年月日 _____

* せたな町記載欄

受付年月日: 令和 年 月 日

支給認定状況

認定証番号	設定区分	保育必要量	認定期間
	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	<input type="checkbox"/> 保育標準時間 <input type="checkbox"/> 保育短時間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
入所施設			
<input type="checkbox"/> 認定こども園きたひやま <input type="checkbox"/> 瀬棚保育所 <input type="checkbox"/> 大成保育園			

審査

現況の確認	設定区分等
継続認定 可 令和 年 月 日確認 認定区分の変更 無・有(理由: _____) 認定の解除 無・有(理由: _____)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短)
支給(入所)の可否	支給(利用)期間
継続 可(<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 否(理由: _____)	至 令和 年 月 日 自 令和 年 月 日
備考	

現況の確認	担当者
有・無	

(裏面)