

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定現況届

東庄町長 様

届出年月日	年 月 日
利用施設名称	
保護者住所	東庄町
保護者氏名	⑩
電話番号	自宅 () 携帯電話(父) 携帯電話(母)

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定について現況を届出します。

なお、現況届の提出にあたっては、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）の閲覧、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。

児 童	氏 名	生 年 月 日	性 別	備 考
	ふりがな	個 人 番 号	男・女	
		. .		
		. .		

○世帯の状況

区 分	氏 名	児童との続柄	生 年 月 日	性 別	職業または学校名等	備 考
			個 人 番 号			
児童の世帯員			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
			. .			
※生活保護の状況			適用なし 適用あり (年 月 日保護開始)			

○保育の利用を必要とする理由等（2号または3号認定の場合は記入してください）

続 柄	理由（保育が必要であることを証明する書類を添付）と具体的な状況（該当にチェック☑）	備 考
父	<input type="checkbox"/> 就労 <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 ()	
母	<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 ※出産予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(予定日 年 月 日) ()	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭（事由： 発生日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 左記以外	
兄弟入所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

*町記載欄

認 定 者 番 号	支 給 認 定 内 容 変 更 の 有 無	備 考
	無 ・ 有 ()	