

# 教育・保育給付認定(変更)申請書 兼 現況届

広野町長 様

令和 年 月 日

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・変更申請・現況届を申請・提出します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規	<input checked="" type="checkbox"/> 現況届	<input type="checkbox"/> 変更
↓現況届・変更の方のみ記入			
利用中の幼稚園・ 保育所等名称		支給認定 証番号	
↓変更の方のみ記入			
変更年月日		年 月 日から変更	

- ◇新規申請…すべて記入
- ◇現況届(施設利用中)…すべて記入(支給認定証の交付を受けている方は添付)
- ◇変更のみ…太枠内と変更事項を記入(支給認定証の交付を受けている方は添付)

保護者	ふりがな 氏 名		生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他( )
	居住地						
	住民登録地 (居住地と異なる場合)						
	電話番号	携帯電話	自宅				
子ども	ふりがな 氏 名		生年月日		年 月 日	性別	続柄
	障害者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個人番号(マイナンバー)				

## 1 認定を受けようとする支給認定区分や希望する施設名称等

認定区分	<input type="checkbox"/> 1号	施設名称				
認定区分	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号	施設名称	第1希望		希望理由	
			第2希望		希望理由	
			第3希望		希望理由	
施設等の利用希望期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
支給認定証の交付の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない					

## 2 世帯等の状況

世帯等の構成 (上記のお子さまを除く)	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	勤務先・学校等の名称	障害者 手帳等 の有無	個人番号(マイナンバー)
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
			大・昭・平・令 年 月 日		有・無	
生活保護法適用の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日保護開始)				
ひとり親家庭及びそれに類する 状況にある場合の理由		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> その他( )				

### 税情報等の提供にあたっての同意

子どものための教育・保育給付費等の支給認定に必要な保護者の町民税情報(同一世帯者を含む)及び世帯情報(以下「税情報等」という。)を閲覧又は収集すること、及び、税情報等に基づき決定した利用負担額を、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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

3 保護者の状況

子どもからみた保護者の続柄		
保育が必要な事由	<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"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他( )	<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"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就学等 <input type="checkbox"/> その他( )
保育必要量の希望	<input type="checkbox"/> 保育短時間(8時間まで) <input type="checkbox"/> 保育標準時間(11時間まで)	※認定基準に基づき、決定します。事由によっては、希望と異なる場合があります。

4 「3 保育が必要な事由」について具体的な状況

就労の状況	勤務形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 就労予定
	場 所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅外
	勤務時間(通勤含む)	1ヶ月あたり 時間	1ヶ月あたり 時間
	休業中の場合	事由( ) 期間 年 月から 年 月まで	事由( ) 期間 年 月から 年 月まで
妊娠・出産の状況	出産予定日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	出産後の予定( )		
疾病・障がいの状況	病 名		
	入院期間	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで
	通院状況	1週間に 回 (1回あたりの診療時間 平均 時間)	1週間に 回 (1回あたりの診療時間 平均 時間)
障がい	<input type="checkbox"/> 身体障害( 級) <input type="checkbox"/> 精神保健( 級) <input type="checkbox"/> 療育(A・B)	<input type="checkbox"/> 身体障害( 級) <input type="checkbox"/> 精神保健( 級) <input type="checkbox"/> 療育(A・B)	
介護等の状況	被介護者氏名		
	続 柄		
	場 所	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅
	期 間	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで
	付き添い	1週間あたり 回 (1回平均 時間)	1週間あたり 回 (1回平均 時間)
求職等の状況	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 具体的な活動内容	<input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 起業準備中 具体的な活動内容	
就学等の状況	学校名		
	所在地		
その他の状況			

5 祖父母の状況

		ふりがな氏名	年齢	就労状況	疾病又は障がい	同居・別居	住所
父方	祖父			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話
	祖母			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話
母方	祖父			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話
	祖母			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話