

【受付印】
 受付者：

平成30年度 支給認定現況届 兼 施設利用申
 兼 児童台帳

保護者氏名は、代表者となりますので、世帯主もしくは、生計を維持されている方の氏名を記入してください。

(保護者氏名)

小城 太郎 印

平成 29 年 11 月 22 日

佐賀県小城市長 殿

【記入例】

次の通り、施設型給付費・施設型保育給付費に係る現況届を申請し、保育所
 申し込みます。

H30年4月1日現在の年齢を記入してください。

申請に係る 小学校就学前 子ども	氏名	生年月日 ※年齢はH30.4.1現在	性別	在園施設名
	(ふりがな) おぎ いちろう 小城 一郎	平成 26 年 5 月 6 日 (3 歳)	男・女	〇〇保育園
利用希望期間	平成 31 年 3 月 31 日 まで			
希望する 利用時間	利用時間 時 30 分から 17 時 30 分まで			
希望する保育必要量	<input checked="" type="checkbox"/> 保育標準時間 (8時間以上11時間未満) ・ <input type="checkbox"/> 保育短時間 (8時間未満)			
保護者 住所・連絡先	〒845-8511 小城市三日月町長神田2312番地2 (連絡先) 父携帯：090-0000-0000 母携帯：090-0000-0000 自宅：00-0000			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入して下さい。			

希望通りの認定を行うわけではありません。原則として月120時間以上の勤務が就労証明書によって確認できる場合に標準時間で認定をします。

①世帯の状況

区分	氏名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職 又は 学校名	個人番号	有・無
子どもの世帯員	(ふりがな) おぎ いちろう 小城 一郎	本人	H26年5月6日生	男・女			有・無
	(ふりがな) おぎ 太郎 小城 太郎	父	S0年0月0日生	男・女	〇〇株式会社		有・無
	(ふりがな) おぎ はなこ 小城 花子	母	S0年0月0日生	男・女	〇〇株式会社		有・無
	(ふりがな) おぎ はなよ 小城 花代				〇小学校3年		有・無
	(ふりがな) おぎ トラオ 小城 虎雄	祖父	S0年0月0日生	男・女	農業		有・無
	(ふりがな) おぎ 梅子 小城 梅子	祖母			農業		有・無
							有・無
世帯の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 心身障がい者(児)がいる世帯		市町名まで構いません。		出産予定有 (予定日：平成30年2月5日)		
※祖父母欄は同居別居の有無にかかわらず、記載してください。ただし、住所は市町名での記載で構いません。							
父方	祖父氏名	小城市	祖母氏名	小城市	住所	小城市	電話番号
母方	祖父氏名	小城市	祖母氏名	小城市	住所	佐賀市	電話番号
H29.1.1の住所地 (小城市以外の場合)		〇〇市					

この欄に個人番号の記載はしないでください。

H30年度の学年をお書きください。

住民票を別にしていても同居の方は全員記入してください。

世帯の状況で該当するものがあれば、ご記入ください。それぞれに確認できる資料の添付が必要です。

H29.1.1以降に転入された方はご記入ください。H29.1.1の住所地から発行されるH29年度所得課税証明書の提出が必要です。

○ 「更新手続きについて」をよく読んでから記入して下さい。

②保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由	父	<input checked="" 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 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input checked="" 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 () (具体的な状況(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など))	

③支給認定及び施設利用に関する同意書 兼 誓約書

1. 市が支給認定に必要な市民税の情報(同居の親族を含む)及び世帯情報を閲覧することに同意します。
 2. 特定教育・保育施設等に対して、この届で知り得た情報及び決定した内容について、提示することに同意します。なお、提示する内容は、決定施設が認定子ども園または地域型保育の施設である場合には、利用者負担額を含みます。
 3. 申請の内容や保育の必要性(保護者、勤務等)に変更が生じた場合は、速やかに届けます。
 4. 申請の内容に事実と異なる点があった場合、支給認定が取り消され、継続入所(園)を解除されても異議はありません。
 5. 保育料は納期限内に納入します。理由なく滞納が続いた場合は退所(園)します。
 6. 保育の必要性は申請内容が現況であり、入所(園)時点で既に在園している場合は異なる場合は変更を申請します
 7. 『平成30年度 支給認定申請・保育施設入所のでびき(2・3号認定用)』の上、申し込みます。

署名は、必ずご本人が記入してください。

保護者氏名(父) **小城 太郎** 小城 印
 保護者氏名(母) **小城 花子** 小城 印

*市町村記載欄

受付年月日	平成 年 月 日			支給(入所)の可否		
認定の可否	可・否 (否とする理由)			可・否 (否とする理由)		
平成 年 月 日 認定	〔 <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〕					
支給認定期間①	支給認定期間②	支給認定期間③	契約期間①	契約期間②	契約期間③	
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
保育必要量	保育必要量	保育必要量				
<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短	<input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短				
入所施設(事業者)名					平成29年度 利用施設名	
〔 <input type="checkbox"/> 認定子ども園(連 <input type="checkbox"/> 幼(幼 <input type="checkbox"/> 保) <input type="checkbox"/> 保(保 <input type="checkbox"/> 幼) <input type="checkbox"/> 地(幼 <input type="checkbox"/> 保)) <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 地域型(小 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 居 <input type="checkbox"/> 事) <input type="checkbox"/> 第一希望施設と同施設						
前期保育料				後期保育料		
合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母			合算者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母	
非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満			非課税の際の収入確認	<input type="checkbox"/> 103万以上 <input type="checkbox"/> 103万未満	

*施設記載欄(施設(事業者)を経由して市町村に提出する場合)

受付年月日	平成 年 月 日		
施設(事業者)名	(事業所番号:)		
担当者氏名 連絡先	(担当者) (連絡先)		
利用契約(内定)の有無	有(契約・内定(年 月 日契約(内定))) ・ 無		
備考			