

保護者氏名

## 施設型給付費・地域型保育給付費等現況届

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費の支給について現況を届け出ます。

届出に係る小学校 就学前子ども	(氏名)	(性別) 男・女
	(生年月日) 令和 年 月 日	(クラス年齢) ※R8年4月1日現在 歳
保 護 者	(住所) 〒	
	(氏名)	(連絡先電話番号) ①【 】 - - ②【 】 - -
	(生年月日) 昭和・平成 年 月 日	(児童から見た継ぎ柄)

## ①保育の利用を必要とする理由等

保育の利用を 必要とする理由  <u>※教育認定のみ の場合は記入不要</u>	続き柄	必 要 と す る 理 由				
		<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"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他( )
		<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"/> 虐待・DV	<input type="checkbox"/> 育児休業	<input type="checkbox"/> その他( )

## ②世帯の状況

ひとり親世帯	非該当・該当	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費受給資格証書 <input type="checkbox"/> その他( )
在宅障害児(者)のいる世帯	非該当・該当	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他( )
生活保護の適用の有無	非該当・該当	( 年 月 日保護開始)