教育・保育給付認定申請書　兼　現況届出書

　　　いちき串木野市長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　申請します。

　　次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る教育・保育給付認定について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 現況を届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請に係る小学校就学前　子ども | 　　　　氏　名 | 　　　生年月日 | 性別 | 認定者番号※既に認定済みの場合 |
| （ふりがな） | 　　　　年　　月　　日生　　　　　(　　　　歳)※ | 男・女 |  |
|  |
| 障害者等手帳情報 | 　無　・　有（身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳を添付） |

　　※　年齢は令和６年４月２日現在の年齢を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　保護者氏名 | 　　　　　保護者住所 | 　　　　連　絡　先 |
| （ふりがな） | いちき串木野市 | 自　宅 | 　　-　　　- |
|  | 携帯(父) | 　　-　　　- |
| 携帯(母) | 　　-　　　- |
| 令和5年１月１日の住所 | □いちき串木野市　　□他の市町村(　　　　　　　　　)市・町・村 |
| ひとり親世帯等の状況 | 非該当・該当(□ひとり親世帯等　□在宅障害児(者)のいる世帯) |
| 生活保護の適用の状況 | 非該当・該当(　　　　年　　　月　　日保護開始) |
| 保育の利用希望の有無(\*1) | 有　： | 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園　等と併願の場合を含む) |
| 無　： | 　幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く) |

　　(\*1)　｢保育所等｣とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。

　　　　「幼稚園等｣とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

|  |  |
| --- | --- |
| ①保育の利用を必要とする理由等 | ※保育の希望の有無で｢有｣を○で囲んだ場合は記入して下さい。 |
| 　　　　　　　　父親の状況 | 　　　　　　　母親の状況 |
| 必要とする理由 | 　　　　確認書類 | 必要とする理由 | 　　　　確認書類 |
| □就労 | □就労証明書 | □就労 | □就労証明書 |
| □妊娠･出産 | □母子手帳 | □妊娠･出産 | □母子手帳 |
| □疾病･障害 | □主治医の診断書(意見書) | □疾病･障害 | □主治医の診断書(意見書) |
| □介護等 | □主治医の診断書(意見書) | □介護等 | □主治医の診断書(意見書) |
| □災害復旧 | □公的機関発行書類等 | □災害復旧 | □公的機関発行書類等 |
| □求職活動 | □求職活動申立書 | □求職活動 | □求職活動申立書 |
| □就学 | □在学証明書等 | □就学 | □在学証明書等 |
| □虐待･ＤＶ | □公的機関発行書類等 | □虐待･ＤＶ | □公的機関発行書類等 |
| □育児休業 | □就労証明書（育休欄記載） | □育児休業 | □就労証明書（育休欄記載） |
| □その他 | □市が求める書類 | □その他 | □市が求める書類 |
| 　　備考 |  |

　②世帯の状況(同じ住居に居住している親族、また単身赴任等の別居者をすべて記入してください。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名 | 児童との続柄 | 　　生年月日 | 性別 | 　　職　業　　　又は　学校名等 | 同居･別居の別 | 　　　備考　（別居の場合、　　住所記載）(\*2) |
| 児童の世帯員 | （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 | 男･女 |  | 同居･別居 |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 | 男･女 |  | 同居･別居 |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 | 男･女 |  | 同居･別居 |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 | 男･女 |  | 同居･別居 |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 | 男･女 |  | 同居･別居 |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 | 男･女 |  | 同居･別居 |  |
| （ふりがな） |  | 年　　月　　日生 | 男･女 |  | 同居･別居 |  |

　(\*2)備考欄は、障害手帳の等級や妊娠の状況（妊娠中の児童の利用開始希望月）を記載してください。

③祖父母の状況

　②の世帯と同居している場合、｢同居｣としてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 父方 | 祖父 | 祖母 |
| 氏名 |  | 年齢 |  | 氏名 |  | 年齢 |  |
| 住所 |  | 住所 |  |
| 　対象児との状況 | 　同居　・　別居 | 　対象児との状況 | 　同居　・　別居 |
| □　就労（就労先　　　　　　　　　　）□　疾病（症状番号　　　　　　　　　）　□　在宅　　□　通院(週　　日程度)　□　入院･施設入所　□　死別　□　離婚 | □　就労（就労先　　　　　　　　　　）□　疾病（症状番号　　　　　　　　　）　□　在宅　　□　通院(週　　日程度)　□　入院･施設入所　□　死別　□　離婚 |
| 母方 | 祖父 | 祖母 |
| 氏名 |  | 年齢 |  | 氏名 |  | 年齢 |  |
| 住所 |  | 住所 |  |
| 　対象児との状況 | 　同居　・　別居 | 　対象児との状況 | 　同居　・　別居 |
| □　就労（就労先　　　　　　　　　　）□　疾病（症状番号　　　　　　　　　）　□　在宅　　□　通院(週　　日程度)　□　入院･施設入所　□　死別　□　離婚 | □　就労（就労先　　　　　　　　　　）□　疾病（症状番号　　　　　　　　　）　□　在宅　　□　通院(週　　日程度)　□　入院･施設入所　□　死別　□　離婚 |
| 症状番号 | ①神経痛　②高血圧　③腰痛　④糖尿病　⑤心臓病　⑥リュウマチ　⑦統合失調症⑧骨折　⑨脳内出血　⑩身体障害者　⑪その他(症状番号欄に具体的に記入してください） |
| ※ | 児童の両親以外の同居(もしくは近隣に居住)している親族(祖父母等)が対象児の保育をできない場合に限られます。６５歳未満の無職･健康な親族(祖父母等)が同居(もしくは近隣に居住)している場合は、支給認定基準を満たしません。 |

＊施設記載欄(施設等を経由していちき串木野市に提出する場合)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　受付年月日 | 　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  |
| 　　　施設(事業者)名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設･事業所番号：　　　　） |
| 　　担当者氏名･連絡先 | （担当者）　　　　　　　　（連絡先） |
| 　入所契約(内定)の有無 | 有（契約 ・ 内定（　　　　年　　　月　　　日））・無 |
| 　　　　備　　考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 父 | 加･減 | 母 | 加･減 | 児童加算 | 計 |
| ＊いちき串木野市記載欄 |  |  |  |  |  |  |
| 　　受付年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 　　　　　　　　　認定の可否 | 　　認定者番号 | 　　　　認定区分等 |
| 可･否(否とする理由)　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日認定 |  | 　　□１号　□２号　□３号　　　　（□標　□短） |
| 　　　　　　　　　　　　　支給(入所)の可否 | 　　　支給(利用)期間 |
| 可･否(否とする理由)　□施設型　□地域型　□特例施設型　□特例地域型 | 自　　　年　　月　　日 |
| 至　　　年　　月　　日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入所施設(事業者)名 |
| □認定こども園(□連　□幼(□幼□保)　□保(□保□幼)　□地(□幼□保））□幼稚園　□保育所　□地域型(□小　□家　□居　□事) |
| 　　　備　　考 |  |