

## 施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定現況届

智頭町長 様 受付年月日： 年 月 日

住所	八頭郡智頭町大字	電話番号	( ) - ( ) ( 自宅・携帯 : 父・母 )
保護者氏名	印	昼間の 連絡先	( ) - ( ) ( 本人・会社 : 父・母 )

施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定について、次のとおり現況を届出ます。

ふりがな		利用している保育園	保育園
児童氏名		保育の実施を必要とする理由	父 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <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
性別	男 ・ 女		母 <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"/> 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
生年月日	H . . ( 歳)	健康状態等	
		摘要 (耕作面積、牧畜頭数、出産予定日等)	

【入所希望児童の家庭状況】 \*同居の方をすべてご記入ください。父母については、単身赴任等で別居の場合もご記入ください。

ふりがな 氏名	続柄	生年月日	年齢 歳	勤務先又は職業 電 話	世帯の状況
		. .			<input type="checkbox"/> 生活保護世帯である ( 年 月 日保護開始) <input type="checkbox"/> ひとり親世帯である
		. .			<b>在宅障がい者の状況</b> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の交付を受けている者がいる (氏名： : 級)
		. .			<input type="checkbox"/> 療育手帳の交付を受けている者がいる (氏名： : 級)
		. .			<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者がいる (氏名： : 級)
		. .			<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当を受給している者がいる (氏名： )
		. .			<input type="checkbox"/> 障害基礎年金を受給している者がいる (氏名： )

自由記載欄 \*特段配慮が必要なことなどがあればご記入ください。

### 同 意 書

私は、智頭町が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の課税状況（同一世帯者を含みます。）及び世帯情報を閲覧し、又は収集すること、その情報に基づき決定した利用者負担額を特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

年 月 日 保護者氏名 印

(添付書類)

保育が必要なことを証する書類： 保険証の写し、就労(内定)証明書、自営申告書(農業含む)母子手帳の写し、障害者手帳の写し、診断書、り災証明書  
介護・看護状況申告書、求職活動申告書、在学証明書等