

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定現況届(例)

智頭町長 様 受付年月日： 年 月 日

住所	八頭郡智頭町大字 智頭〇〇番地	電話番号	(01) 9-234 (自宅・携帯：父・母)
保護者氏名	智頭 杉木	昼間の連絡先	(09) 6-7891 (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	ちづ もりりん	利用している保育園	ちづ 保育園
園児氏名	智頭 もりりん	<input checked="" 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	保育の実施を必要とする理由	父
生年月日	H31.4.2 (4歳)		母
健康状態等	良好	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	勤務先又は職業 電 話	世帯の状況
ちづ おぎた 智頭 杉木	父	S O . O . O	歳	〇〇会社 0858-11-1234	<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 在宅障がい者の状況 <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：)
ちづ べにこ 智頭 紅子	母	S O . O . O	歳	〇〇会社 0858-11-1234	
ちづ おぎお 智頭 杉夫	兄	H O . O . O	歳	智頭小学校3年生	
ちづ べにみ 智頭 紅美	祖母	S O . O . O	歳	無職	

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。

令和6年7月13日

保護者氏名

智頭 杉木

印

(添付書類)

保育が必要なことを証する書類：

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