

支給認定現況届

年 月 日

大村市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る支給認定の現況を届け出ます。

① 申請児童	氏名(フリガナ)	生年月日	年齢	保育施設名	
	( )	年 月 日	歳		
② 保護者	氏名(フリガナ)	生年月日	申請児童との続柄	連絡先	
	( )	年 月 日			
(住所)					
③ 保護者	氏名(フリガナ)	生年月日	申請児童との続柄	連絡先	
	( )	年 月 日			
(住所) (別居の場合)					
④ 世帯の状況 (同居人も含む)	区分	(フリガナ) 氏名	申請児童との続柄	生年月日	勤務先(職業)、 学校、保育施設等
	①③を除く児童の世帯員	( )		年 月 日	
		( )		年 月 日	
		( )		年 月 日	
		( )		年 月 日	
		( )		年 月 日	
祖父母の同居		<input type="checkbox"/> 有 → 上記世帯員に記入			
ひとり親家庭		<input type="checkbox"/> 該当 (離婚・未婚・死別) ※証明書類要			
障がい等の有無		<input type="checkbox"/> 有 (氏名: ) ※証明書類要			
生活保護の状況		<input type="checkbox"/> 適用 (保護開始日 年 月 日)			

⑤保育を必要とする理由

保育の必要とする理由 ※証明書類要	続柄	必要とする理由
	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学・職業訓練 <input type="checkbox"/> 児童虐待・DV <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> その他( )