



施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定 現況届
兼 入園継続申込書
兼 給付認定変更申請書

(宛先) 西尾市長

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る状況を届け出ます。
 届け出にあたって、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市民税等に関する課税情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、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。

フリガナ		性別・続柄	児童コード(※1)	生年月日	年齢(クラス)	
児童名		男・女 第 子		平成・令和 年 月 日	歳	
フリガナ		続 柄	保護者コード(※1)	連絡先		
保護者氏名	㊟	父・母 その他()		(自宅・携帯(父・母)・その他) - -		
住 所	西尾市	ひとり親世帯の該当				
		<input type="checkbox"/> 該当あり				
		生活保護の適用				
利 用 施設名		<input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護開始)				
		認 定 証 番 号				
家族の状況	氏 名 (申請児童は記入不要)	続 柄	生年月日	年 齢	職 業 等	備 考
		父	. .	歳		
		母	. .	歳		
			. .	歳		
			. .	歳		
			. .	歳		
			. .	歳		
			. .	歳		

(※1)「児童コード」、「保護者コード」欄は記入不要です。

◆その他 (該当する口に✓を)

◆保育の利用を必要とする理由

続柄	保育の認定基準	認定区分(※2)	備 考
父	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> その他()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <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"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> その他()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 就労 <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"/> その他()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	

<p>■第3子以降の保育料無料化</p> <p><input type="checkbox"/>非該当 <input type="checkbox"/>該当</p>
<p>■在宅障害者の有無</p> <p><input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有(氏名)</p> <p>身障・療育・精神手帳(No.)</p> <p>級・判定(級・ 判定)</p>
<p>■手当等受給の有無</p> <p><input type="checkbox"/>児童扶養手当 <input type="checkbox"/>障害基礎年金等</p> <p><input type="checkbox"/>遺児手当 <input type="checkbox"/>特別児童扶養手当</p> <p>受給者氏名()</p>

記入例

施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定 現況届

兼 入園継続申込書

兼 給付認定変更申請書

(宛先) 西尾市長

令和 年 月 日

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る状況を届け出ます。

届け出にあたって、市が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市
 一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担
 施設等に対して提示することに同意します。

クラス年齢をご記入ください

フリガナ	ニシオ ジロウ	性別・続柄	児童コード(※1)	生年月日	年齢	クラス
児童名	西尾 二郎	男 女 第2子	日中に連絡の取 れる電話番号を ご記入ください	平成・令和 ××年××月××日	2	歳
フリガナ	ニシオ タロウ	続柄	保護者コード	連絡先		
保護者氏名	西尾 太郎	父・母		(自宅 携帯(父・母・その他) 090 - ×××× - ××××)		
住所	西尾市 Nishio-shi 〇〇町三丁目××番地 市営△△住宅 △棟△△△号室		保護者の押印を忘れ ずに。シャチハタは 使用できません。	障害児の該当の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(氏名:)		
利用施設名	八ツ面保育園		ひとり親 <input type="checkbox"/> 該当あり	該当する場合に <input checked="" type="checkbox"/> して必 要事項をご記入ください		
			生活保護 <input type="checkbox"/> 適用あり (年 月 日保護開始)			
			認定証番号	記入不要		
家族の状況	氏名 (申請児童は記入不要)	続柄	生年月日	年齢	職業等	備考
	西尾 太郎	父	S××・××・××	31 歳	会社員	H××年4月より 米国赴任中
	西尾 花子	母	S××・××・××	30 歳	パート	
	西尾 一郎	兄	H××・××・××	7 歳	小学2年生	4月1日現在の年齢 を記入してください。
	西尾 さくら	姉	H××・××・××	5 歳	保育園年長	
	西尾 長介	祖父	S××・××・××	63 歳	農業	
	西尾 梅子	祖母	S××・××・××	60 歳	専従者	
	西尾 ハナ	曾祖母	S××・××・××	84 歳	高齢	

(※1)「児童コード」、「保護者コード」欄は記入不要です

65歳以上で無職のかたは、「高齢」と記入してください。

◆保育の利用を必要とする理由

◆その他(該当する□に✓を)

続柄	保育の認定基準	認定区分(※2)	備考
父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 求職活動 ()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> <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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	
祖父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> <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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	
祖母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> <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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時 <input type="checkbox"/> その他	

児童手当は
記入不要

<input checked="" type="checkbox"/> 第3子以降の保育料無料化 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当
<input checked="" type="checkbox"/> 在宅障害者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(氏名) 身障・療育・精神手帳(No.) 級・判定(級・ 判定)
<input checked="" type="checkbox"/> 手当等受給の有無 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金等 <input type="checkbox"/> 遺児手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 受給者氏名()