現況届兼施設利用申込書

年　　月　　日　　（保護者氏名）

上天草市長　　様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等に係る現況届及び施設利用申込書を提出します。

	氏　　名	生年月日 ※年齢はR9.4.1現在	性別	障害者手帳 の有無
申請に係る 小学校就学前 子ども	(ふりがな) 個人番号：	年　月　日 (　　歳)	男・女	有・無
保護者 住所・連絡先	(住所) (連絡先)　父携帯：　　母携帯：			
認定者番号	※既に支給認定を受けている場合に記入してください。			
保育の希望の 有無（※）	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。）			

（※）・「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。（以下同じ）
・幼稚園等の１号認定で利用を希望する場合は、「無」を○で囲んでください。
・「有」を○で囲んだ場合は①～④に、「無」を○で囲んだ場合は①、②及び④に必要事項を記入してください。

①世帯の状況

区分	氏　　名	子どもとの続柄	生年月日	性別	職　　業 又は 学校名等	障害者手帳の有無	前(当)年度分市町村民税課税の有無
子どもの世帯員	ふりがな 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	ふりがな 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	ふりがな 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	ふりがな 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	ふりがな 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	ふりがな 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
	ふりがな 個人番号：		年　月　日生	男・女		有・無	有・無
生活保護の適用の有無	適用無し・適用有り　（　　年　　月　　日 保護開始）						

②利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用希望期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで	
利用を希望する 施設（事業者）名	施設（事業者）名・希望理由	事業所番号＊
	第１希望　　園　（理 由）	
	第２希望　　園　（理 由）	
	第３希望　　園　（理 由）	

○　「記入上の注意」をよく読んでから記入してください。＊印の欄は市及び施設等記載欄ですので、記入する必要はありません。
○　文字等の記入は楷書ではっきりと書いてください。

③保育の利用を必要とする理由等

※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に記入してください。

	続柄	必要とする理由	備考
保育の利用を必要とする理由		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等　□災害復旧 □求職活動　□就学　□その他（　　） （具体的な状況（勤務先、求職活動、疾病の状況など））	
		□就労　□妊娠・出産　□疾病・障がい　□介護等　□災害復旧 □求職活動　□就学　□その他（　　） （具体的な状況（勤務先、求職活動、疾病の状況など））	
家庭の状況	□ひとり親家庭【離婚・別居・死別・未婚・その他（　　）】・□左記以外		
希望する利用時間	利用曜日	利用時間	
	月・火・水・木・金・土	時　分から　時　分まで	
希望する保育必要量	□保育標準時間（8時間以上11時間未満）・□保育短時間（8時間未満）		

④税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・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。

保護者氏名

※ 世帯員の居住地について

前年、当年の1月1日時点の居住地が当市ではない世帯員の有無　（□有・□無）

（対象となる世帯員の氏名・当時の居住地）

＊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	支給認定期間	契約期間
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	自　年　月　日 至　年　月　日
入所施設（事業者）		利用施設名
□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		

＊施設記載欄（施設（事業者）を経由して市に提出する場合）

受付年月日	年　月　日

施設（事業者）名	（事業所番号：　　）
担当者氏名 連絡先	（担当者） （連絡先）
利用契約（内定）の有無	有（契約・内定）　（　年　月　日契約（内定））　・　無
備　考	