

伊佐市長 様

居住地
保護者 氏 名
電話番号

印

支 給 認 定 現 況 届

下記の子どもの現況について、次のとおり届け出ます。

記

子どもの氏名 及び生年月日	(フリガナ)			平成 年 月 日生
認定証番号	第 号	利用施設の名称		

① 世帯の状況

氏 名	子ども との 続柄	生年月日	性別	職 業 又 は 学 校 名 等	前年度分(当 年度分)市町村民 税課税の有無	備 考
		昭・平 年 月 日	男女		有 ・ 無	
		昭・平 年 月 日	男女		有 ・ 無	
		昭・平 年 月 日	男女		有 ・ 無	
		昭・平 年 月 日	男女		有 ・ 無	
		昭・平 年 月 日	男女		有 ・ 無	
		昭・平 年 月 日	男女		有 ・ 無	
生活保護の適用の有無	適用なし ・ 適用あり (年 月 日 保護開始)					

② 保育の利用を必要とする理由等

	続柄	必 要 と す る 理 由	備 考
保育の利用 を必要とす る理由		<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 () (具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など))	
		<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 () (具体的な状況(勤務先、就労時間、日数等や疾病の状況など))	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外		

注 該当する項目をチェックしてください。

③ 税情報等の提供に当たっての署名欄

市町村が施設型給付費・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及び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 印