

教育・保育給付認定現況届

年 月 日現在

児童氏名							
生年月日		年 月 日 生れ（ 歳）					
住 所		石川町 電話（ - ）					
		父親の状況			母親の状況		
氏 名							
就 労 の 状 況	勤務先名称						
	勤務先住所 等（自宅外・自宅の 区分に○をつけてく ださい。）	自宅外 ・ 自 宅	勤務地（自宅外の方のみ） Tel		自宅外 ・ 自 宅	勤務地（自宅外の方のみ） Tel	
	仕事内容	<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他（ ）			<input type="checkbox"/> 正規 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	就労開始	昭和・平成 年 月 日～			昭和・平成 年 月 日～		
	就労時間	時 分から 時 分まで			時 分から 時 分まで		
		その他	<input type="checkbox"/> 2交代制 <input type="checkbox"/> 3交代制 <input type="checkbox"/> その他		その他	<input type="checkbox"/> 2交代制 <input type="checkbox"/> 3交代制 <input type="checkbox"/> その他	
	農業経営	(田 <small>アール・ゲル</small> ) (畑 <small>アール・ゲル</small> )			(田 <small>アール・ゲル</small> ) (畑 <small>アール・ゲル</small> )		
	休日	週に 日（ 曜日）1ヶ月に 日			週に 日（ 曜日）1ヶ月に 日		
妊 娠 ・ 出 産	出産				予定日	平成 年 月 日	
	産前・産後休 暇の期間				年 月 日から 年 月 日まで		
	育児休暇の 期間	年 月 日から 年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで		
疾 病 ・ 障 が い	本人の病気	入院期間（ 年 月から 年 月） 通 院一週間に 回通院 自宅療養（ 年 月から 年 月）			入院期間（ 年 月から 年 月） 通 院一週間に 回通院 自宅療養（ 年 月から 年 月）		
	本人障害	<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 療育B <input type="checkbox"/> 精神3級～			<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 療育B <input type="checkbox"/> 精神3級～		
介 護 等	被介護 者氏名	氏名 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 児童との続柄（ ）			氏名 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 児童との続柄（ ）		
	介護の 状 況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 期間（ 年 月から 年 月） 付添い 週に 日（ 曜日）1ヶ月に 日			<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 在宅 期間（ 年 月から 年 月） 付添い 週に 日（ 曜日）1ヶ月に 日		

※ 裏面にも記入欄がありますので、ご記入願います。

		父親の状況				母親の状況	
就学	学校名						
	就学の目的						
	就学期間	年 月 日まで			年 月 日まで		
祖父母の状況	氏名		居住状況	年齢	就労	住所と電話番号 (別居の方のみ記載)	
	父方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TEL	
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TEL	
	母方	祖父	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TEL	
		祖母	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	歳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TEL	
児童の健康状況		疾病・障害	<input type="checkbox"/> 身障1・2級 <input type="checkbox"/> 療育A <input type="checkbox"/> 精神1・2級 <input type="checkbox"/> 身障3級～ <input type="checkbox"/> 療育B <input type="checkbox"/> 精神3級～ <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当(有・無)、( 級 ) ( <input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B )				
		病歴・持病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒病名( ) 年 月 日から				
			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 ( ) 回 <input type="checkbox"/> 入院歴 年 月 日 ～ 年 月 日 その後の経過( )				
		発育	言葉や発育について病院や施設に相談している <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒施設名( ) 年 月 日から 月あたり( ) 回通院・通所				
		アレルギーの状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> その他( ) 医師の指導に基づいて <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 食物以外のアレルギー( )				
		投薬の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 薬の名称( ) <input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> その他( ) ( ) 回/日 ※原則として、保育所等での投薬行為は行いません。				
		その他	保育所等の利用にあたり、健康上または発育上で気になる点がありましたら記入してください。				
送迎の状況	主たる送迎者	父・母・祖父・祖母・その他( )					
交通機関	自動車・自転車・徒歩・その他( )			迎えの時間	時 分頃		
備考							

※ 添付種類

- ・保護者それぞれについて、源泉徴収票または確定申告書の写しを添付してください。
- ・また、自営業等において保護者が経営者の専従者給与を受けている場合には、専従者給与の支払者の確定申告書の写しを添付してください。

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町民税の情報(同一世帯及び同居者を含む)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。

保護者名

印