

教育・保育給付認定現況届

令和〇年〇月 〇日現在

児童氏名		石川 桜			
生年月日		平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 生れ (△ 歳)			
住 所		石川町 大字〇〇字〇〇 △△△番地の〇 電話 (26-〇〇〇〇)			
		父親の状況		母親の状況	
氏 名		石川 太郎		石川 花子	
就 労 の 状 況	勤務先名称	〇〇〇〇株式会社		有限会社△△△	
	勤務先住所 等 (自宅外・自宅の 区分に〇をつけてく ださい。)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 ・ 自 宅	勤務地 (自宅外の方のみ) 石川町字〇〇 〇〇番地 Tel 26-※※※※	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅外 ・ 自 宅	勤務地 (自宅外の方のみ) 石川町大字△△ 字〇〇 〇〇-〇番地 Tel 26-※※〇〇
	仕事内容	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 ()	
	就労開始	平成 令和 〇〇年 〇月 〇日～		平成 令和 〇〇年〇〇月 〇日～	
	就労時間	8時30分から 17時30分まで		10時00分から 16時00分まで	
		その他	<input type="checkbox"/> 2交代制 <input type="checkbox"/> 3交代制 <input checked="" type="checkbox"/> その他	その他	<input type="checkbox"/> 2交代制 <input type="checkbox"/> 3交代制 <input checked="" type="checkbox"/> その他
	農業経営	(田 <small>アール・ケル</small>) (畑 <small>アール・ケル</small>)	(田 <small>アール・ケル</small>) (畑 <small>アール・ケル</small>)		(田 <small>アール・ケル</small>) (畑 <small>アール・ケル</small>)
休日	週に 2 日 (土・日曜日) 1ヶ月に 日		週に 日 (曜日) 1ヶ月に 10 日		
妊 娠 ・ 出 産	出産			予定日	令和 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)	
	本人障がい	<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	石川杉夫	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〇〇歳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TEL	
	祖母	石川キク	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〇〇歳	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	TEL	
	母方 祖父	北須次郎	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇歳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	石川町大字〇〇字△△ 〇〇の〇番地 TEL 26-XXXX	
	母方 祖母	北須ウメ	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇歳	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	TEL 同上	
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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(スギ花粉)					
	投薬の状況	<input checked="" 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 <input checked="" type="checkbox"/> 父 <input checked="" type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 祖父・祖母・その他()					
交通機関	<input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車・徒歩・その他()				迎えの時間	16時30分頃	
備考							

※ 添付書類

- ・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 石川 太郎