

教育・保育給付認定及び施設等利用給付認定に係る現況届

高知市長 様

以下の項目に同意の上、教育・保育給付認定及び施設等利用給付認定に係る現況について届け出ます。

- ① 高知市が、教育・保育給付認定及び施設等利用給付認定に係る現況の確認等のために、市区町村民税の情報（同一世帯者を含む。）及び世帯情報等の必要な情報について、住民基本台帳、課税台帳その他公簿等を確認（個人番号を用いた情報連携を含む。）すること及び他の行政機関等に必要な資料の提供を求めること。
- ② 教育・保育の運営上必要と認められる情報や、保育料の額及び副食費の支払の免除に関する事項を施設・事業者提供又は通知すること。
- ③ 子どものための教育・保育給付は、給付認定保護者に代わって利用する施設・事業者が受領すること。
- ④ 子育てのための施設等利用給付は、給付認定保護者に代わって利用する施設・事業者が受領することがあること。
- ⑤ 届出内容に変更があった場合は、直ちに認定変更の申請又は変更の届出を行うこと。
- ⑥ 届出内容に虚偽（提出書類の偽造、改ざん等を含む。）があった場合又は保育の必要性が認められない場合は、認定を取り消す場合があること。

記入日： 令和 年 月 日

保護者氏名： _____

利用中の施設名	フリガナ	氏名	生年月日			クラス年齢	
			平成・令和	年	月	日	歳児 クラス
現住所	〒 _____ 高知市	電話番号	自宅	_____	_____	_____	
			携帯	父	_____	_____	_____
				母	_____	_____	_____
令和6年1月1日時点の住所	<input type="checkbox"/> 高知市内在住 <input type="checkbox"/> 高知市外 住所： _____ 都・道・府・県 _____ 市・区・町・村 該当者： <input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） (保護者) ※注1						

※注1 保護者の一方のみが市外住民であった場合も、該当の方についての記載が必要です。

1 家庭状況 ※ 同居・別居にかかわらず、児童の父母(保護者)及び兄弟姉妹等について記入し、該当するものに☑を付けてください。

児童との続柄	フリガナ	生年月日	勤務先・学校・保育施設名等	同居・別居 ※注2	生計の状況 ※注3
	氏名				
父	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計は別
	年 月 日				
母	昭・平	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計は別
	年 月 日				
	昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計は別
	年 月 日				
	昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計は別
	年 月 日				
	昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計は別
	年 月 日				
	昭・平・令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計は別
	年 月 日				

※注2 住民登録上の世帯にかかわらず、同一住所に居住している場合は、同居となります。

※注3 別居であっても、常に生活費等の送金が行われている等扶養関係にある場合は、生計が同一となります。

【生活保護の受給】 ※ 該当するものに☑を付け、必要事項を記入してください。

生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 受給していない。
	<input type="checkbox"/> 受給している。 【 平成・令和 年 月から受給中 担当ケースワーカー（ _____ ） 】

【父母の状況】 ※ 該当するものに☑を付け、必要事項を記入してください。

ふたり親家庭	<input type="checkbox"/> 同居	必要な添付書類(提出済みの場合は、省略可)		
	<input type="checkbox"/> 別居(単身赴任等による別居)			
	<input type="checkbox"/> 別居(離婚前提の別居)			
ひとり親家庭	<input type="checkbox"/> 未婚(婚姻歴がない場合)	「戸籍謄本」又は母(父)の「戸籍抄本」の原本又は写し	未婚であることが分かるもの	※ 既に提出済みの場合は、提出先を記入してください。 【 提出先 】 <input type="checkbox"/> 保育幼稚園課 <input type="checkbox"/> 子育て給付課(児童扶養手当関係) <input type="checkbox"/> その他 _____ 課
	<input type="checkbox"/> 離婚 年 月		離婚日が分かるもの	
	<input type="checkbox"/> 死亡 年 月		配偶者の死亡日が分かるもの	
	<input type="checkbox"/> 離婚調停中・離婚裁判中	離婚調停中又は離婚裁判中であることが分かる書類の写し		
	<input type="checkbox"/> DV避難	保護命令等の写し		
	<input type="checkbox"/> その他(_____)			

2 祖父母の状況 ※ 児童の祖父母について記入し、該当するものに☑を付けてください。同一住所の場合は、同居となります。

児童との続柄	フリガナ		生年月日	同居・別居		住所 (別居の場合のみ市町村名を記入してください。)
	氏名					
父方	祖父		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 不存在・疎遠 <input checked="" type="checkbox"/>	
	祖母		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 不存在・疎遠 <input checked="" type="checkbox"/>	
母方	祖父		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 不存在・疎遠 <input checked="" type="checkbox"/>	
	祖母		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 不存在・疎遠 <input checked="" type="checkbox"/>	

3 在宅障害児(者)の有無 ※ 該当するものに☑を付け、必要事項を記入してください。

同居の障害児(者)	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の交付を受けている者等と同居していない。
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の交付を受けている者等と同居している。

同居している方が該当する場合は、次の欄へ記入してください。

フリガナ 氏名	児童との続柄	該当する手帳等 (該当するものに☑を付け、氏名、障害等級及び有効期限の記載部分の写しを添付してください。)
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎・厚生・共済年金等の受給
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の受給 <input type="checkbox"/> 障害基礎・厚生・共済年金等の受給

教育・保育給付認定(2号・3号認定(保育認定))又は施設等利用給付認定を受けている方は、次の項目へ必要事項を記入の上、必要書類を添付してください。

4 保育を必要とする事由

該当する事由に☑を付け、右欄に内容等を記入してください。

保育を必要とする事由に応じた必要書類を添付してください。

※ 出産予定のある方は、現在就労等の事由に該当する場合であっても、「妊娠・出産」の項目にも☑を付け、内容を記入してください。

※ 就労者自身が事業所(法人)の代表者又は経営者である場合は、事業所の経営規模や業態にかかわらず「自営業中心者」となり、営業の確認ができる書類の写しが必要です。また、親族が代表者又は経営者である事業所にお勤めの場合は、「自営業協力者」となります。

事由	父親	事由	母親	必要な添付書類 (父母共に必要)
<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 居宅外就労・自営業協力者 <input type="checkbox"/> 自営業中心者・内職	<input type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 居宅外就労・自営業協力者 <input type="checkbox"/> 自営業中心者・内職	<input type="checkbox"/> 就労証明書 + <input type="checkbox"/> 自営業の証明 ※ 自営業中心者の方は、自営業の証明(営業許可証等)が必要
<input type="checkbox"/> 育児休業	取得期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 育児休業	取得期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 就労証明書 ※ 育児休業期間が記載されたもの
		<input type="checkbox"/> 妊娠・出産 令和 年 月 日出産(予定) 出産後の育休取得予定: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙及び出産(分娩)予定日の記載ページの写し
<input type="checkbox"/> 疾病・障害	疾病・障害名:	<input type="checkbox"/> 疾病・障害	疾病・障害名:	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳等の写しのいずれか + <input type="checkbox"/> 介護(看護)状況確認書(介護・看護事由のみ必要) ※ 障害者手帳等の写しは、氏名、障害等級及び有効期限の記載部分が必要 ※ 障害者手帳等の写しを添付の場合は、障害名・等級の内容により、診断書も必要
<input type="checkbox"/> 介護・看護	介(看)護対象者名: 疾病・障害名:	<input type="checkbox"/> 介護・看護	介(看)護対象者名: 疾病・障害名:	
<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練	学校名: 在学期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 就学状況 週 日 時 分から 時 分まで	<input type="checkbox"/> 就学・職業訓練	学校名: 在学期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 就学状況 週 日 時 分から 時 分まで	<input type="checkbox"/> 学生証(在学証明)等 <input type="checkbox"/> 受講指示(決定)書等のいずれかの写し ※ 在学期間又は受講期間が分かる書類が必要 + <input type="checkbox"/> カリキュラム等の写し ※ 就学時間の分かる書類が必要
<input type="checkbox"/> 求職活動	過去の職歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 離職日(令和 年 月 日) 離職した勤務先名	<input type="checkbox"/> 求職活動	過去の職歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 離職日(令和 年 月 日) 離職した勤務先名	
<input type="checkbox"/> 災害復旧	従事期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 災害復旧	従事期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 罹災証明書等の写し