

## 施設型給付費・地域型保育給付費等教育・保育給付認定現況届

		※認定番号		第 号			
長門市長 様		年 月 日					
下記のとおり教育・保育給付認定にかかる現況を、添付書類を添えて届け出ます。							
保護者住所		長門市		(行政区 区)			
保護者氏名		☎ 電話番号					
1月1日の住所							
(ふりがな) 入所児童氏名		生年月日		年 月 日生			
現在入所している施設名		性 別		男・女 年 齢			
入所児童以外の世帯員の状況	氏 名 (生年月日)		児童との続柄	年 齢	性 別	職業及び勤務先 (自営・勤務先等具体的内容)	備考
	( 年 月 日生)			歳	男・女		
	( 年 月 日生)			歳	男・女		
	( 年 月 日生)			歳	男・女		
	( 年 月 日生)			歳	男・女		
	( 年 月 日生)			歳	男・女		
	( 年 月 日生)			歳	男・女		
生活保護の適用の有無		【有・無】		年 月 日開始			
父母の状況	区 分		父 親		母 親		
	就労状況	勤務の状態	常勤・自営・内職・パート・就労予定 求職中・その他( )		常勤・自営・内職・パート・就労予定 求職中・その他( )		
		就 労 時 間	(通常) 平日 : ~ : (通常) 土曜 : ~ :		(通常) 平日 : ~ : (通常) 土曜 : ~ :		
	その他の状況	本人の病気・障害		入院:期間【 / ~ / 】 通院:1週間に 回通院・障害 級		入院:期間【 / ~ / 】 通院:1週間に 回通院・障害 級	
		他の人の介護	被介護者の氏名及び住所	氏名: ( ) 住所: ( )		氏名: ( ) 住所: ( )	
			介護の状況	入院: 期間(予定)【 / ~ / 】 通院: 1週間に 回介護、全面・一部		入院: 期間(予定)【 / ~ / 】 通院: 1週間に 回介護、全面・一部	
そ の 他							
出産等の状況		出産予定日	年 月 日		母子健康手帳番号		
		産休期間及び育児休暇期間	年 月 日 から 年 月 日まで				