様式第9号（第10条関係）

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（令和９年度）

継続

※黒色または青色ボールペンでご記入ください。消えるボールペン不可

1 子ども・子育て支援法第16条の規定に基づき、申請者や同居親族等の市民税課税状況その他教育・保育給付及び利用者負担額等の算定に際し、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求めることがあります。
2 申請書等に記載した事項については、利用調整や教育・保育の運営に必要と認められる場合に、施設・事業者に提供することがあります。
3 施設型給付費は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領します。
4 この申請に添付すべき書類について、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、大田市がこれを確認することがあります。
5 利用者負担額（保育料・副食費）について、特定教育・保育施設等に対して通知することがあります。
6 申請内容が事実と相違した場合は、認定を取り消すことがあります。

受付	受領印
入力	
確認	

以上のことに同意し、施設型給付費・地域型保育給付に係る教育・保育給付について現況を届け出ます。

①申請者、児童の申込み内容をご記入ください。

申請日	令和　年　月　日				
（申請者）保護者	フリガナ		（優先順位）連絡先	1	－　－　□ 父携帯 □ 母携帯 □ 自宅 □ その他（　）
	氏　名			2	－　－　□ 父携帯 □ 母携帯 □ 自宅 □ その他（　）
	住　所	大田市		3	－　－　□ 父携帯 □ 母携帯 □ 自宅 □ その他（　）

申請児童 フリガナ 氏　名	性別	出生順位	生年月日	障がい者手帳等の有無
	□ 男 □ 女	□ 第1子 □ 第2子 □ 第3子以降	□ 平成 □ 令和　年　月　日	□無　□有（□ 身障 □ 療育・精神 □ 特児 □ 障がい年金）

利用施設	

※利用施設の変更を希望する場合は別途申請書が必要です。

②世帯構成、世帯状況（同居の方をすべて記入し、父母については、単身赴任等で別居の場合も記入してください。）

（申請児童の保護者及び同居者（別居の同一生計の世帯員を含む））

フリガナ 氏　名	続柄	同居・別居	生年月日	障がい者手帳等の有無	勤務先・学校名等	R8.1.1時点の住所
	父	□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
	母	□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
		□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
		□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
		□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
		□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
		□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
		□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）
		□ 同居 □ 別居	□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年　月　日	□ 有		□ 大田市 □ 市外（　）

<裏面にも記入欄がございます。記入漏れにご注意ください。>

③世帯の状況（該当に✓）

世帯の状況	生活保護	□無　□有	受給開始時期　　年　　月　　日
	ひとり親該当	□無　□有	□ 婚姻歴あり　□ 婚姻歴なし
	在宅障がい者	□無　□有	□ 身体障がい者手帳を所持　（氏名：　　：　　級　）
			□ 療育手帳を所持　（氏名：　　：　　級　）
			□ 精神障がい者保健福祉手帳を所持　（氏名：　　：　　級　）
			□ 特別児童扶養手当を受給　（氏名：　　）
			□ 障がい基礎年金を受給　（氏名：　　）

④保育を必要とする事由（該当に✓）

保育を必要とする事由	続柄	必要とする事由
	父	□ 就労（月48時間以上）　□ 疾病・負傷・障がい　□ 親族の介護・看護 □ 災害復旧　□ 求職活動　□ 就学・職業訓練　□ 児童虐待・DV □ その他（　　）
	母	□ 就労（月48時間以上）　□妊娠出産（産前産後）　□ 疾病・負傷・障がい　□ 親族の介護・看護 □ 災害復旧　□ 求職活動　□ 就学・職業訓練　□ 児童虐待・DV □ その他（　　）

記入はここまで

市役所使用欄

【身元確認】

1種類	□ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ 旅券 □ 在留カード・特別永住証明書 □ 身体障がい者手帳・精神障がい者福祉手帳・療育手帳 □ その他（　　）	2種類	□ 年金手帳 □ 健康保険証 □ その他（　　）

認定の可否	認定区分
可 ・ 否　　年　　月　　日 認定 （否とする理由）	□ 1号　□ 2号　□ 3号（□ 標準時間　□ 短時間）

入所施設（事業所）

利用の可否	利用施設名
可 ・ 否　　年　　月　　日 認定 （否とする理由）	

世帯状況	一般世帯　＊　ひとり親世帯　＊　在宅障がい者世帯
出生順位（同一生計内）	第1子　＊　第2子　＊　第3子以降
保育料減免内容	減免なし　＊　同時入所2子（半額）　＊　同時入所3子（無料）　＊　第3子無料
副食費減免内容	減免なし　＊　所得　＊　第3子無料

市町村民税						所得割合計	国階層（市階層）	利用者負担額（保育料・副食費）	
父		母		その他					
均等割	所得割	均等割	所得割	均等割	所得割				
							（　　）	□保育料 □副食費	円

備考	