

令和5年度 保育の認定に係る現況確認届出書(兼台帳)

藤沢市長 宛

現況について、次のとおり届け出をします。

						2023年 月 日記入		
保 護 者	住所	〒				電 話	自宅	
	ふりがな					携帯(父)	
	氏名						携帯(母)	
					その他()			
利 用 児 童	児童名	ふりがな	生年月日	年齢	性別	利用保育施設・幼稚園等名称	障がい者手帳・療育手帳の有無	
			. .				有・無	
			. .				有・無	
			. .				有・無	

利用児童にかかわる次のことに同意します。(右下の署名欄にご署名ください)

○裏面3のとおり、上記児童について、保護者が保育の必要性を継続的に有するため、上記施設の継続利用を希望、又は施設等利用給付(無償化給付)の認定の継続を希望します。又は、裏面5に該当する場合は、上記児童について、保護者が保育の必要性を有しないため、施設等利用給付2号(3号)認定を希望しません。

○施設の利用に関し、市で保管する住民記録情報・税情報・その他利用に必要な情報について市長が利用すること、及び利用に必要な情報を特定教育・保育施設、特定地域型保育事業者、及び特定子ども・子育て支援施設等に提供することに同意します。

○認可保育施設を利用している場合の保育料については、決められた額を期日までに支払うことに同意します。

○継続・状況確認及び保育料等の決定のため、藤沢市から請求された各種必要書類を期限までに提出します。なお、保育の必要要件を満たさない場合や、保育の必要性を証明するための書類の提出がないことなどにより、藤沢市保育課が保育の必要性を確認できない場合は、退園、又は施設等利用給付(無償化給付)の対象外となる場合があることについて同意します。

保護者署名欄

《届出の際必ず署名してください》

出産予定の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り⇒(裏面「4. 出産前後の予定について」を記入してください)
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受けている(年 月 日保護開始)
ひとり親家庭の状況	◎発生年月日: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居(協議中・調停中) <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他()

1. 家族の状況について

※同居されている家族(在園児を除く)をすべて記載してください。

※別居の場合でも、(単身赴任の父や寮生活をしているきょうだい等)生計が同じ方は記入してください。

氏名	続柄	生年月日	就労(就学)先名称	同居・別居	認可保育施設入所申込みの有無 (申込中の場合は第1希望の保育施設をご記入ください)	障がい者手帳・療育手帳の有無
	父	. .		同・別		有・無
	母	. .		同・別		有・無
		. .		同・別		有・無
		. .		同・別		有・無
		. .		同・別		有・無
		. .		同・別		有・無

2. 祖父母の状況(離別・死別等連絡が取れない状態の場合は氏名欄にその旨をご記入ください)

		氏名	生年月日	住所	
父 方	祖父		. .	<input type="checkbox"/> 同居 (上欄1に記入してください) <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
	祖母		. .	<input type="checkbox"/> 同居 (上欄1に記入してください) <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
母 方	祖父		. .	<input type="checkbox"/> 同居 (上欄1に記入してください) <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	
	祖母		. .	<input type="checkbox"/> 同居 (上欄1に記入してください) <input type="checkbox"/> 別居 (住所:)	

裏面あり

3. 父母の状況について ●該当箇所にご記入の上、保育の必要性を確認する書類を添付してください。

父		
保育の 必要性事由 (該当箇所を ○で囲んでく ださい)	就労(会社勤め)・就労(会社勤め以外)・就学 求職活動(年 月 日から) 疾病・障がい・看護・介護 その他()	左記の保育の必要性を確認する書類(就労証明書・診断書等) →該当する箇所に☑を入れてください ※
就労先名称		<input type="checkbox"/> 今回、本台帳に添付している書類(就労証明書等)のとおり
就学先名称		<input type="checkbox"/> 直近3か月以内に証明及び提出したものとおり
疾病・障がい	病名・障がい名 ()	<input type="checkbox"/> 育児休業中のため省略 (以前就労証明書を提出しており、そこに記載されていた育児休業の期間に変更がない場合に限る)
看護・介護	被介(看)護者氏名() 続柄() 病名・障がい名()	<input type="checkbox"/> 以前提出したものとおり (有効期限内の診断書・障がい者手帳・就学証明書類に限る)
		<input type="checkbox"/> その他 ()
母		
保育の 必要性事由 (該当箇所を ○で囲んでく ださい)	就労(会社勤め)・就労(会社勤め以外)・就学 求職活動(年 月 日から) 疾病・障がい・看護・介護 その他()	左記の保育の必要性を確認する書類(就労証明書・診断書等) →該当する箇所に☑を入れてください ※
就労先名称		<input type="checkbox"/> 今回、本台帳に添付している書類(就労証明書等)のとおり
就学先名称		<input type="checkbox"/> 直近3か月以内に証明及び提出したものとおり
疾病・障がい	病名・障がい名 ()	<input type="checkbox"/> 育児休業中のため省略 (以前就労証明書を提出しており、そこに記載されていた育児休業の期間に変更がない場合に限る)
看護・介護	被介(看)護者氏名() 続柄() 病名・障がい名()	<input type="checkbox"/> 以前提出したものとおり (有効期限内の診断書・障がい者手帳・就学証明書類に限る)
		<input type="checkbox"/> その他 ()

※今回の調査で書類を省略した場合であっても、過去の提出書類の内容によっては、後日書類の追加提出を求める場合があります。

4. 出産前後の予定について (該当項目に☑をし、必要事項を記入してください。)

●**出産予定がある方は必ず記入してください。**各日付については、記入日時点の予定で構いません。

●【認可保育施設・企業主導型保育事業をご利用の方以外】母子手帳の「表紙」と「出産予定日が載っているページ」のコピーを本台帳に添付してください。 ※認可保育施設・企業主導型保育事業のみのご利用の場合は不要です。

出産予定日	年 月 日	里帰り出産※	年 月 日～	年 月 日
出産後の予定について	該当項目に☑をし、必要事項を記入してください。日付については、記入日現在の予定または希望でも結構です。			
<input type="checkbox"/> 産後期間終了後(出産日から8週目の翌月から)ただちに復職する <input type="checkbox"/> 産後期間終了後、育児休業を取得する				
↳ 出生児は(<input type="checkbox"/> 認可外保育施設に預ける <input type="checkbox"/> 親類・知人が保育する <input type="checkbox"/> 就労しながら保育する <input type="checkbox"/> その他【)				
↳ 《育児(予定)期間》 父(年 月 日 ～ 年 月 日) 母(年 月 日 ～ 年 月 日)				
<input type="checkbox"/> 退園する → 退園予定日: 年 月 日				
その他具体的内容				

※里帰り出産により、在園児童が2か月以上登園しない場合は、原則退園となりますのでご注意ください。

5. 【認可保育施設・企業主導型保育事業をご利用の方以外】施設等利用給付2号(3号)認定の継続を希望しない場合(必要事項を記入してください。)※認可保育施設・企業主導型保育事業のみのご利用の場合は不要です。

()年()月()日より、施設等利用給付2号(3号)認定を希望しません

【理由】

(例:父が退職するため、母の産後8週を経過するため)

本調査における記入内容が事実と相違した場合、また書類の提出がないなどにより保育の必要性が無いと判断された場合には、退園又は無償化の対象外となることがありますのでご注意ください。

- ①認可保育施設をご利用の場合は、退園となります
- ②幼稚園・認定こども園(幼稚園利用)をご利用の場合は、新1号認定となり、預かり保育事業の利用料無償化の対象外となります
- ③認可外保育施設等をご利用の場合は、認定取消しとなり、無償化給付の対象外となります