

施設型給付費・地域型保育給付費等現況届

令和 年 月 日

文京区長 殿			
以下のとおり現況を届け出ます。			
住所	〒	—	保護者電話番号
	文京区		
保護者氏名			児童の利用施設（利用施設なしは空欄）
児童氏名 （生年月日）		年 月 日	
※未就学児童 全員を記載		年 月 日	
		年 月 日	

1 保護者全員が「保育の必要性」の事由に該当しますか。※「はい」または「いいえ」に☑
「はい」に該当する場合は、①または②にも☑してください。

保育の必要性 の有無	☐はい (必要性あり)	<p>認定を継続するための必要書類は状況によって異なります。 以下の①・②いずれか該当する方に☑してください。</p> <p>☐ ① 令和6年10月以降に、文京区幼児保育課へ以下の理由で「保育の必要性」を確認できる書類（在職証明書等）を保護者全員分提出し、その時から認定事由に変更はありません。そのため、現況届（本用紙）のみ提出します。</p> <p>【「保育の必要性」を確認できる書類を提出した理由】</p> <p>☐ 以下の児童の文京区認可保育施設入所（転所）申込*を行ったため *令和6年11月～令和7年4月入所申込に限る。</p> <p>☐ 以下の児童が令和7年4月に私立幼稚園に内定しており、認定申請を行っているため</p> <p>☐ 以下の児童が令和7年4月の区立幼稚園（区立認定こども園）の預かり保育の利用申込を行っているため</p> <p>☐ 以下の児童について、その他の事由により、幼児保育課に手続きを行っているため（以下に詳細を記入） ()</p> <p>児童名： _____</p> <p>申込（内定・在籍園）※： _____ 保育園・幼稚園 ※複数の園を申請している場合は、第一希望のみご記入ください。</p>
		<p>☐ ② ①に該当しないため、保護者全員の「保育の必要性」を確認できる書類を提出します。</p>
	☐いいえ (必要性なし)	<p>「保育の必要性」の事由に該当しない場合は、認定の対象になりません。また、認定対象外となった期間に補助金を受けていた場合は、当該期間分の補助金を返還いただく場合があります。</p> <p>➡以下の書類をすべてご提出ください。 ・要件が終了した日がわかる書類（※） ※詳細は同封の「現況確認に関するご案内」を参照 ・現況届（この用紙）</p> <p>認定の取消通知を後日送付します。また、補助金の返還が発生する場合は別途ご連絡します。</p>

2 「保育の必要性」の事由について、該当する項目に☑し、3（裏面）へおすすみください。

保育を必要とする理由	父	☐就労 ☐就学 ☐求職中 ☐疾病・障害 ☐看護・介護 ☐育児休業 ☐その他 ()
	母	☐就労 ☐就学 ☐求職中 ☐疾病・障害 ☐看護・介護 ☐育児休業 ☐妊娠・出産 ☐その他 ()

裏面あり
「保育の必要性」を確認できる書類の詳細は、同封の「認定のための必要書類について」をご確認ください。

3 「保育の必要性」の事由についてご記入ください。
 ただし、現在受けている認定内容から**変更がない方は記入を省略**できます。

		母親の状況		父親の状況	
保護者氏名					
就労 (内定) ・ 就学	就労・就学先				
	就労形態 (就労のみ記載)	該当する就労形態に <input checked="" type="checkbox"/> 〈 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他 〉		該当する就労形態に <input checked="" type="checkbox"/> 〈 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他 〉	
	所在地				
	電話番号	(通勤・通学時間 分)		(通勤・通学時間 分)	
	正規の勤務・ 就学の時間等	週 日	時 分 ~ 時 分	週 日	時 分 ~ 時 分
	育児短時間勤務 利用中の場合	週 日	時 分 ~ 時 分	週 日	時 分 ~ 時 分
求職中	前職の有無	<input type="checkbox"/> 前職なし	<input type="checkbox"/> 年 月 日退職	<input type="checkbox"/> 前職なし	<input type="checkbox"/> 年 月 日退職
	前職の勤務	週 日	時 分 ~ 時 分	週 日	時 分 ~ 時 分
疾病・障害	病名等		病名等		
	年 月から入院・通院 (月 回)		年 月から入院・通院 (月 回)		
看護・介護	看護・介護の相手方氏名 ()		看護・介護の相手方氏名 ()		
	続柄 (配偶者・子・その他)		続柄 (配偶者・子・その他)		
妊娠・出産	年 月 日 (予定)		/		
育児休業	年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)				
その他					

4 お問い合わせ先 (提出先)

幼児保育課 施設給付・私立幼稚園担当

TEL:03-5803-1823 (直通)