

記入例

様式第2号（第3条関係）

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出してください。

令和 3 年 10 月 1 日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書

安来市長 様

【申請にあたって同意していただく事項】

- 子ども・子育て支援法第30条の3において準用する同法第16条の規定に基づき、施設等利用給付認定の審査及び申請者や同居親族の市町村民税課税状況の確認に当たって、官公署に対し必要な文書の閲覧又は資料の提供を求められることがあります。
- 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定や施設等利用費の支給に関する情報として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。
- 子ども・子育て支援法第30条の1第3項の規定に基づき、施設等利用費は、認定を受けた保護者に代わり、特定子ども・子育て支援提供者に支給される場合があります。
- 新年度4月利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第30条の5第5項の規定に基づき、最長で利用開始の前日まで審査結果のお知らせを延期する場合があります。
- 申請内容が事実と相違した場合、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 施設等利用費の請求者（振込先口座の名義人）と

上記の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校(預かり保育事業も利用する(※1))、認可外保育施設、幼活動支援事業の施設等利用給付認定を希望するので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定に基づき申請します。

※1. 預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満または②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認定施設を含みます。

		認定希望日(施設利用開始日)		令和3年11月1日					
保護者	フリガナ	フクシ タロウ		居住地	〒 692 - 0011 安来市安来町 878-2				
	氏名	福祉 太郎		申請子どもとの続柄	父				
	日中の連絡先(電話番号) *確実に連絡の取れる順に記入してください。		生年月日	S H 58 年 5 月 30 日					
	① 090-1111-0000	父携帯 父勤務先 自宅・その他()	② 080-2222-△△△△	父携帯 父勤務先 自宅・その他()	個人番号 (マイナンバー)				
子ども申請	フリガナ	フクシ ミライ		現住所	〒 -				
	氏名	福祉 未来		申請者と異なる場合のみ記載					
		生年月日	(H)・R 28 年 7 月 21 日						
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達し、新制度未移行の私立幼稚園等を利用(希望)(第1号)								
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している(第2号)								
	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある(第3号)								
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けてください。								
	(子から見た続柄) 父・母・その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障がい等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()
	(子から見た続柄) 父・母・その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠 出産	<input type="checkbox"/> 疾病 障がい等	<input type="checkbox"/> 介護 看護	<input type="checkbox"/> 災害 復旧	<input type="checkbox"/> 求職 活動等	<input type="checkbox"/> 就学	<input type="checkbox"/> その他()

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

認定希望日の前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※2.3. 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)の提出を求める場合があります。

同居者を全員記入してください。

(生計の中心者の番号に○を付けてください)	フリガナ	申請子どもとの続柄	生年月日		就労・通学・通園先 又は単身赴任先	要介護認定又は障害者手帳
	氏名		個人番号	※別添申告書に記入		
1	フクシ タロウ 福祉 太郎	父	58 年 5 月 30 日	会社員	<input type="checkbox"/> 有	
2	フクシ ハナコ 福祉 花子	母	61 年 12 月 19 日	看護師	<input type="checkbox"/> 有	
3	フクシ マツコ 福祉 松子	姉	22 年 4 月 1 日	十神小3年	<input type="checkbox"/> 有	
4	フクシ イチロウ 福祉 一郎	祖父	24 年 1 月 23 日	自営業	<input type="checkbox"/> 有	
5	フクシ タケコ 福祉 竹子	祖母	26 年 9 月 23 日	パート	<input type="checkbox"/> 有	
6	フクシ ウメコ 福祉 梅子	曾祖母	14 年 6 月 20 日	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
7			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有	

<必ず裏面も記入してください>

記入例

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒 -	すでに利用している場合は利用を始めた日を記入 ※給付の対象となるのは 認定期間の利用料です。
施設名		利用開始予定日		

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入してください。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
△△病院 □□ほいくえん	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - 安来市〇〇町 番地 TEL: 0854- 23-〇〇〇〇	令和 3年11月 1日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	令和 年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	令和 年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -	令和 年 月 日

利用の予定がある施設・事業を可能な範囲で記入してください。

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()		
	通勤手段・時間	通勤手段 徒歩・ <u>自転車</u> ・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 10 分 (往復時間を記入してください。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・ <u>自動車</u> ・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通勤時間 約 40 分 (往復時間を記入してください。)		
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: ○〇医院 ① 就労期間: H25. 4月 から 就労先名: △△病院 ② 就労期間: H30. 4月 から	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: から ① 就労期間: から 就労先名: から ② 就労期間: から		
妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日				
疾病・障がい等	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	転職前の就労先と転職後の就労先を記入してください。		(手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護・看護	被介護者名 (申請子どもとの続柄) (傷病・障がい名)	(申請子どもとの続柄)		(申請子どもとの続柄)	
災害復旧	受診等の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()		
	災害復旧	災害の状況:	災害の状況:		
求職活動等	活動の内容:	活動の内容:			
就学	通学手段・時間	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)	通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけてください。 通学時間 約 分 (往復時間を記入してください。)		
	就学の目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	期間	令和 年 月 日まで	令和 年 月 日まで		
卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労			
その他	保育を行うことが困難と認められる内容	保育を行うことが困難と認められる内容			

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください)

1 居宅外で就労されている方(予定を含む)	就労(内定)証明書 ※国の標準様式でも可
自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	自営業等就労申立書、自営の証明書類の写し(確定申告書、営業許可証、開業届等)
2 出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る)	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)、学校のパンフレットの写し等
4 保護者が病気の方	医師の診断書
5 保護者が障がいをお持ちの方	障がいによる手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書
6 保護者が介護している方	介護等申立書、介護認定証の写しまたは医師の診断書
7 保護者が求職中の方	求職活動中であることを証明するもの
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書