

記入例

第5号様式（第3条関係）

提出日

令和●年●月●●日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4第2号・第3号)

(宛先)香芝市長 様

【申請に当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住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11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は、施設等利用給付認定を取り消すことがあります。
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第7条第10項第4号ハの政令で定める施設(企業主導型保育事業)の利用がある場合は、本認定の申請はできません。

以上のことに同意し、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校(預かり保育事業(※1)も利用する。)、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、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

※1 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間、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可外保育施設を含みます。

認定希望日

保護者	フリガナ 氏名	カシバ ハナコ 香芝 花子	申請 子ども との続柄	母	居住地	〒 639 - 0245 香芝市本町●●番地	認定希望日(施設利用開始日)	令和●年●月●●日
	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	平成●年 ●月 ●日
	①	090-****-**** 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅 その他()	②	080-****-**** 父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅 その他()	個人番号(マイナンバー)			
申請 子ども	フリガナ 氏名	カシバ スミレ 香芝 すみれ	現住所 (申請者と異なる 場合のみ記載)	保護者と同居の場合は不要です。				令和●年 ●月 ●日
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、 <input type="checkbox"/> 申請子どもは、	3歳児～5歳児クラスの方は第2号 0～2歳児・満3歳児クラスの方(非課税世帯) は第3号になります。						左記で第3号に該当し、市民税非課税 世帯に該当する場合は、 下の□にシ点を付けてください。
保育を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する□にシ点を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> (子から見た続柄) 父・母・その他() <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <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() <input checked="" type="checkbox"/> (子から見た続柄) 父・母・その他() <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <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()							

個人番号(マイナンバー)
: 私学助成園の方及び
新3号認定の方のみ記入
してください。

3歳児～5歳児クラスの方は第2号
0～2歳児・満3歳児クラスの方(非課税世帯)
は第3号になります。

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 当該年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	私学助成園の方及び新3号 認定の方のみ記入してくだ さい。	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	(父親)		(父親)	

※2・3 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村(課税証明書等)を添付してください。

個人番号(マイナンバー) : 私学助成園の方及び新3号認定の方とご家族のみ記入してください。

同居者を全員記入してください。※個人番号欄は、上記

申請 子ども の保 護者 及び 同居 者	フリガナ 氏名	申請子ども との続柄	生年月日 / 個人番号	就労・通学・通園 又は単身赴任先
	1 カシバ タロウ 香芝 太郎	父	個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * * 生年月日 平成 ●年 ●月 ●日	会社員
	2 カシバ ハナコ 香芝 花子	母	個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * * 生年月日 平成 ●年 ●月 ●日	会社員
	3 カシバ イチロウ 香芝 一郎	兄	個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * * 生年月日 令和 ●年 ●月 ●日	かしば小学校
4 カシバ スミレ 香芝 すみれ	本人	個人番号 * * * * * * * * * * * * * * * * 生年月日 令和 ●年 ●月 ●日		

(必ず裏面も記入してください。)

認定希望日を記入してください。

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

フリガナ	カシバヨウチエン	所在地	〒 639 — XXXX TEL 0745 (XX)XXXX 香芝市本町△△番地
施設名	かしば幼稚園	利用開始予定日	令和 ●年 ●月 ●●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(予定を含む。)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
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 — TEL : — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 — TEL : — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 — TEL : — —	年 月 日

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・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○を付けてください。	通勤手段	徒歩・自転車・バス・自動車・ <u>電車</u> ・その他() ※複数手段がある場合は全てに○を付けてください。
	前年1月1日 以降の転職	通勤時間	約 60分(往復時間を記入してください。)	通勤時間	約 90分(往復時間を記入してください。)
		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名： 就労期間： から		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名： 就労期間： から	
妊娠・出産		(予定日) 年 月 日			
疾病・障害等		(疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) (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：)		(申請子どもとの続柄：)	
	傷病・障害名				
	受診等の 状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名()	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 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○を付けてください。	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○を付けてください。
	就学の目的	通学時間	約 分(往復時間を記入してください。)	通学時間	約 分(往復時間を記入してください。)
	期間	<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()	
	卒業後の 予定	年 月 日まで	年 月 日まで		
その他		(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		
		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。) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む。)の場合	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けてください。) 就労証明書、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(産前産後各3か月に限る。)	申立書、母子健康手帳(表紙と出産予定日の記載のあるページ)の写し
3	保護者が学校に在学中の方	申立書、在学証明書、就学時間が分かるもの(カリキュラム・時間割等)
4	保護者が病気の方	申立書、医師による診断書(原本)
5	保護者が障害をお持ちの方	申立書、 (1)障害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 (2)交付を受けていない方…医師による診断書(原本) ※(1)、(2)はどちらか1つ
6	保護者が介護している方	申立書、介護が必要であることが分かる書類(診断書等)
7	保護者が求職中の方	求職に関する誓約書
8	認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申込み等の不実施に係る理由書