

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)

## 記入例

寒河江市長 様  
(管 理 者 様)

令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

## 【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、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。

保護者署名 寒河江 太郎

内容をよく確認し、署名してください

保護者住所	寒河江市 ○○町○○丁目○○番地○○号 ○○アパート○号室		認定を希望する日（施設の利用開始日）を記入してください。審査の結果、希望日に認定が下りない場合もあります。	
連絡先電話番号	自宅	0237-xx-xxxx	緊急	①母携帯 ②母会社 ③父携帯
	父携帯	090-xxxx-xxxx	母携帯	090-xxxx-xxxx
申請に係る子ども	ふりがな氏名	生年月日	性別	認定希望日(施設利用開始日)
	さがえ はなこ	平成令和 30年 7月10日生	男	令和 4年 4月 1日
	寒河江 花子	満3(年少)年中・年長 クラス	女	個人番号(マイナンバー) ◇◇◇◇ ◇◇◇◇ ◇◇◇◇

## ①世帯の状況（同居者を全員記入して下さい。）

## 【クラス】

令和4年4月1日時点でのクラスをご記載ください。

## 【個人番号】

マイナンバーをご記入ください。紛失等で記入が困難な場合には、子育て推進課へお問い合わせください。

区分	ふりがな氏名	申請子どもとの続柄	性別	生年月日	職業(勤務先名称等)	有・無	有・無	個人番号
(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	① さがえ たろう 寒河江 太郎	父	昭・平	60年10月27日	社員(○商事(株)) TEL: 0237-XX-XXXX	有・無	有(無)	○○○○ ○○○○ ○○○○
	② さがえ はなえ 寒河江 華絵	母	昭・平	60年 6月18日	パート(○スーパー) TEL: 0237-XX-XXXX	有・無	有(無)	△△△△ △△△△ △△△△
	③ さがえ いちろう 寒河江 一郎	兄	昭・平・令	24年 7月 2日	○小学校3年生 TEL:	有(無)	有(無)	□□□□ □□□□ □□□□
	④ さがえ つよし 寒河江 強	祖父	昭・平・令	38年 5月21日	社員(□建設(株)) TEL: 0237-XX-XXXX	有・無	有(無)	▽▽▽▽ ▽▽▽▽ ▽▽▽▽
	⑤ さがえ よし 寒河江 ヨシ	祖母	昭・平・令	40年12月14日	パート(□□□社)	有・無	有(無)	×××× ×××× ××××
	⑥						有・無	有・無

申請に係る児童と同居する方について記入し、「職業(勤務先名称等)又は学校名等」は勤務先名、学年等も記入してください。また、同居の方それぞれに個人番号の記入が必要です。なお、障がい有る方がいる場合、当該者の障害者手帳の写しを添付して下さい。

&lt;必ず裏面も記入して下さい&gt;

②利用する施設名等（幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部等を利用する（予定含む）施設を記入して下さい。）

ふりがな		所在地	〒 - TEL: -
施設名	〇〇〇〇〇〇 幼稚園		〇〇〇〇〇市×××町△丁目5-10
		利用開始予定日	令和 2 年 4 月 1 日 から

上記施設の他、認可外保育施設、一時預かり事業、病児・病後児保育事業、子育て援助活動支援事業等を利用する（予定含む）方は記入して下さい。

ふりがな 施設名	利用するその他 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	〒 - TEL: -	年 月 日
	病児保育 子育て援助活動	〒 - TEL: -	年 月 日
	認可外 一時預かり	〒 - TEL: -	年 月 日
	病児保育 子育て援助活動	〒 - TEL: -	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（ファミリーサポート）の利用料が無償化の対象となるためには、主に利用する施設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同じります。

③保育を必要とする理由等（保育を必要とする理由をそれぞれ記入して下さい。）

保育を必要とする理由	続柄	必要とする理由	備考
	父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他 （具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）） 〇〇〇商事で 8：00～17：00まで就労 日・祝・第2、4土曜休み	
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧等 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> その他 （具体的な状況（勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など）） 〇〇〇スーパーで10：00～17：00まで就労 土・日・祝 休み		

保育を必要とする理由を詳しく記入して下さい。

その他	<p>【申請子どもに係る保育を行うことが困難と認められる内容を記載してください】</p> <p>現在核家族として生活し、児童の父・母ともに就労しているため家庭で保育することが困難である。また、父方の祖父母は市内にいるがどちらも就労しており、母方の実家は県外（宮城県）のため保育の協力は得られない。</p>
-----	--

添付書類（以下の中から該当する書類を添付して下さい）

1 家庭外で就労されている方（予定を含む）	就労証明書（家庭外）（就労内定の場合はその証明を受けて下さい）
自営（自宅外自営、親族経営等の自営を含む）の場合	就労状況申告書、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、産前休に入る方（出産前・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）
4 保護者が病気等で療養中の場合	医師の診断書（診断名、療養が必要な期間が示されていること）
5 保護者が障害をお持ちの方	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 交付を受けていない方…医師診断書
6 保護者が介護している方	申告書及び介護が必要であることがわかる書類（診断書、介護保険証の写し等）
7 保護者が求職中の方	求職活動申告書に実績を記載、ハローワークカードの写しを添付
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（別紙）

\*以下は記入しないでください

市記載欄	認定の可否	認定期間
	可・否（否とする理由）	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 年 月 日認定