

令和X年X月XX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) 幸田町長

## 【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住民税課税状況の確認に当た
- 申請書等に記
- 施設等利用費
- 新年度4月利
- 申請内容が事実
- 認定希望日現在で、子ども・子育て支援法第59条の2に規定する事業(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。

**在籍する幼稚園・認定こども園等の預かり保育、認可外保育施設、一時預かり事業等も利用する方(保育の必要性がある方)は、この申請書(第2号・第3号)を御提出ください。**

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(預かり保育事業も利用する(※1))、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可外保育施設を含みます。

		認定希望日(施設利用開始日)		令和X年X月XX日				
申請者	フリガナ	コウタ タロウ	申請者子どもの続柄	父	現住所	〒 444 - XXXX 幸田町大字菘池字元林XX番地XX		
	氏名	幸田 太郎			現住所が町外の場合 町内転入後の住所	〒		
	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下さい。							
	①	62-XXXX	②	090-XXXX-XXXX	③	080-XXXX-XXXX		
子ども申請	フリガナ	コウタ イチロウ	現住所	〒	—	個人番号(マイナンバー)		
	氏名	幸田 一郎	申請者と異なる場合のみ記載	生年月日	和暦XX年 4月 XX日	123456789010		
認定種別	<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)					左記で第3号に該当し、市町村住民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市町村住民税所得割非課税に該当		
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。							
	(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
認定希望日の前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ			(父親)	<input checked="" 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)	岡崎市十王町XX番地XX <input type="checkbox"/> 現住所と同じ			(父親)	岡崎市十王町XX番地XX <input type="checkbox"/> 現住所と同じ		

同居者を全員記入して下さい。※個人番号(マイナンバー)は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	申請者子どもの続柄	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
	1	コウタ タロウ 幸田 太郎	父	個人番号 大正平成 ○ XX年 5月 XX日	株式会社△△△
2	コウタ ハナコ 幸田 花子	母	個人番号 大正平成 ○ XX年 6月 XX日	株式会社□□□	<input type="checkbox"/> 有
3	コウタ ジロウ 幸田 二郎	弟	個人番号 大正昭和 ○ XX年 7月 XX日	〇〇〇保育園	<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号 大正平成 昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 大正平成 昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 大正平成 昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 大正平成 昭和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

&lt;必ず裏面も記入して下さい&gt;

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)方は記入して下さい。

フリガナ	〇〇ヨウチエン	所在地	〒444-XXXX TEL 0564 (62) XXXX
施設名	〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和X年 XX月 XX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)方は記入して下さい。

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
<p><b>在籍する幼稚園等の預かり保育以外で 認可外保育施設、一時預かり事業等を利用する場合は、 この欄に記入してください。</b></p>			月 日
			月 日
			月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒	

**ファミリーサポートを御利用される方は、  
子育て援助活動に○をつけてください。**

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		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"/> 内職	<input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> その他： ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 内職	<input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> その他： ( )
	通勤手段・時間	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自○車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	約 20 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤手段 徒歩・自転車・バス・自○車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。	約 30 分 (往復時間を記入して下さい。)
	前年1月1日以降の転職	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒	① 就労先名： から 就労期間： ② 就労先名： から 就労期間：	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒	① 就労先名： から 就労期間： ② 就労先名： から 就労期間：
不在	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 拘禁	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 拘禁	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
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				
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○をつけて下さい。	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。	約 分 (往復時間を記入して下さい。)
	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	年 月 日まで		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		

**保育を必要とする事由に応じ、該当する書類を添付してください。**