

記入例 (R4年4月入園用)

令和3年11月30日

子育てのための施設等利用給付認定(変更)申請書(第2号・第3号)

東松山市長 宛て

【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 **※入園予定日を記入してください。** 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

※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時間未満又は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4年4月1日	
(保護者)	ふりがな	まつやま 〇〇	申請子どもとの続柄	居住地	〒 355-0000 東松山市〇〇町X-X
	氏名	松山 〇〇		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 -
	目中の連絡先(電話番号)*確実に連絡が取れる順に記入してください。				生年月日
①	****-**-****	父携帯 父勤務先 自宅その他()	②	****-**-****	父携帯 父勤務先 自宅その他()
子ども申請	ふりがな	まつやま △△	現住所	〒 -	個人番号(マイナンバー)
	氏名	松山 △△	申請者と異なる場合のみ記載	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日時時点で満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、市町村民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税に該当
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() (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 <input type="checkbox"/> その他()				

認定希望日の年の1月1日現在の住所	(父親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前年の1月1日現在の住所	(父親)	〇〇県△△市〇〇町☆☆-☆☆ <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	〇〇県△△市〇〇町☆☆-☆☆ <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同居者(別世帯を含む。)を全員記入してください。

(生計の中心者子どもの番号に○を付けてください)	ふりがな 氏名	申請子どもとの続柄	生年月日等	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	まつやま 〇〇 松山 〇〇	父	個人番号 △△△△-△△△△-△△△△ 昭和〇〇年〇月〇日	株式会社〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 有
2	まつやま 〇〇 松山 〇〇	母	個人番号 △△△△-△△△△-△△△△ 昭和△△年△月△日	株式会社△△△△	<input type="checkbox"/> 有
3	まつやま XX 松山 XX	兄	個人番号 △△△△-△△△△-△△△△ 平成〇〇年〇月〇日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入してください>

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

ふりがな	所在地	〒 _____ 市 _____ 区 _____ ()
施設名	利用開始予定日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

※入園予定日を記入してください。

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、ファミリーサポートセンター事業を利用する(予定含む。)方は記入してください。

ふりがな 施設名	利用するサービスの種類	所在地	利用開始予定日
〇〇〇ほいくしつ 〇〇〇保育室	認可外 病児保育 ・ 一時預かり ・ ファミサポ	〒 355-**** 東松山市△△町★-□□ TEL: 0493- ** -****	令和4年 4月 1日
	認可外 病児保育 ・ 一時預かり ・ ファミサポ	〒 _____ TEL: _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 病児保育 ・ 一時預かり ・ ファミサポ	〒 _____ TEL: _____	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	認可外 病児保育 ・ 一時預かり ・ ファミサポ	〒 _____ 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。

		父親の状況	母親の状況	
父母いずれか不在の場合		<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 () (事由発生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他 () (事由発生日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
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"/> 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"/> その他: ()	
	勤務先名称等	(名称) 株式会社〇〇〇〇	(名称) 株式会社△△△△	
	通勤手段・時間	通勤手段	徒歩・自転車・バス・ <input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 徒歩・自転車・バス・ <input checked="" type="checkbox"/> 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 30 分 (片道時間を記入してください。)	約 45 分 (片道時間を記入してください。)
妊娠・出産(申請時点)			<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (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: _____)		
	傷病・障害名			
	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: _____			
求職活動等	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。)	
	就学の目的	<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		
卒業後の予定	(就労日数・時間) _____ 週 _____ 日、1日 _____ 時間就労			
産前・産後休業	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで			
育児休業	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 年 _____ 月 _____ 日まで			