

この書類を幼稚園に提出する際には、必ず配布された専用の封筒に封入（のり付け）し、封筒の表面に必要事項を記入の上、提出してください。

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) 御代田町長

【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、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）		年 月 日	
保護者	フリガナ		利用子どもとの続柄	〒	—
	氏名		印	〒	—
	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	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	②	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)	生年月日 年 月 日
利用子ども	フリガナ		現住所 保護者と異なる場合のみ記載	〒	—
	氏名		生年月日	年 月 日	個人番号(マイナンバー)
				(R2.4.1現在の年齢 歳)	
認定種別	<input type="checkbox"/> 利用子どもは、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)				左記で第3号に該当し、町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"/> 町民税非課税に該当
	<input type="checkbox"/> 利用子どもは、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)				

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

認定希望日の前年1月1日現在の住所 ※2	(母親) □ 現住所と同じ	(父親) □ 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) □ 現住所と同じ	(父親) □ 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)を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ 氏名	利用子どもとの続柄	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
	1			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
2			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

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)方は記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒 _____ ( )
施設名			

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
	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
	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下さい。

	続柄	必要とする理由	備考
	保育を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】	
		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日より) <input type="checkbox"/> 障害者のいる家庭 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日より) <input type="checkbox"/> 上記以外		

(添付書類) 保育の必要性の事由を証明する書類

\*町記入欄(記入不要)

保育の必要性の可否	認定区分
可・否 (否とする理由)	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号
備考	

記入例・注意事項

この書類を幼稚園に提出する際には、必ず配布された専用の封筒に封入（のり付け）し、封筒の表面に必要事項を記入の上、提出してください。

記入日

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) 御代田町長

- 【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

・保護者氏名・捺印  
 続柄・現住所・連絡先・生年月日・個人番号  
 を記入してください。

・利用児童氏名  
 生年月日・個人番号を記入してください。

認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日	
保護者	フリガナ	ミヨタ タロウ	父
	氏名	御代田 太郎	現住所 〒 389 - 0207 御代田町大字馬瀬口1794番地6
	日中の連絡先（電話番号）* 確実に連絡の取れる	① XXX-XXXX-XXXX	② XXX-X
利用子ども	フリガナ	ミヨタ ジロウ	現住所 〒 -
	氏名	御代田 次郎	生年月日 H 27年 6月 30日 (R2.4.1現在の年齢 4 歳)
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 利用子どもは、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"/> 利用子どもは、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、町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"/> 町民税非課税に該当

該当する方に ✓ をしてください。

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
認定希望日前々年1月 ※2.3.	同居祖父母の方などを含め、世帯全員について記入してください。	
同居者を記入する	認定種別(第3号)に該当する場合に記入してください。	

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	利用児童との続柄	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
	1	ミヨタ タロウ 御代田 太郎	父	個人番号 1111 XXXX XXXX 58年 2月 3日	会社員
2	ミヨタ ハナコ 御代田 花子	母	個人番号 3333 XXXX XXXX 60年 5月 30日	パート	<input type="checkbox"/> 有
3	ミヨタ イチロウ 御代田 一郎	兄	個人番号 4444 XXXX XXXX 22年 7月 29日	〇〇小学校3年生	<input type="checkbox"/> 有
4	ミヨタ サブローウ 御代田 三郎	祖父	個人番号 5555 XXXX XXXX 28年 9月 13日	農業	<input type="checkbox"/> 有
	預かり保育に対する無償化は、保護者が家庭で保育できないことが条件です。妊娠・介護・療養中でない限り、職業が「主婦」は不適切です。				<input type="checkbox"/> 有
	兄弟がいる場合は、通っている保育園名、幼稚園名、学校名などの記入をお願いします。				<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

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)方は記入して下さい。

フリガナ		所在地	〒 - 市 ( )
施設名	〇〇〇幼稚園	利用開始予定日	御代田町大字御代田〇〇〇 年 月 日

**利用している幼稚園名・所在地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
〇〇〇〇 〇〇〇〇	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - 市 御代田町大字御代田〇〇〇 TEL: - -	〇〇年〇〇月〇〇日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - 市 TEL: - -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - 市 TEL: - -	年 月 日

**幼稚園以外に保育施設等を利用している場合は記入してください。**

**同居祖父母の方など、世帯全員の  
方について記入してください。**

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・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】	<b>就労時間を確認の上 必ず記入してください。</b>
母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】	
祖父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】	
祖母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 【具体的な理由(勤務先、就労時間・日数等や疾病の状況など)】	
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ( 年 月 日より) <input type="checkbox"/> 障害者のいる家庭 ( 年 月 日より) <input checked="" type="checkbox"/> 上記以外	

(添付書類) 保育の必要性の事由を証明する書類

**記入不要**