

記入例

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) 草津市長

【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1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。

申請の種類 ※いずれかを○で囲んでください	<input checked="" type="radio"/> 給付認定申請 (新規の提出)	<input type="radio"/> 変更申請 (認定内容の変更)	認定希望日 (施設利用開始日)	令和〇年 〇月 〇日		
(変更申請の場合のみ) 変更する箇所		<input type="checkbox"/> 保育を必要とする理由 <input type="checkbox"/> 就労状況 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 申請子どもの保護者及び同居者 <input type="checkbox"/> その他				
保護者	フリガナ	カキ 太郎	申請子どもとの続柄	父	居住地	〒 525 - 8588 草津市草津町13番30号
	氏名	草津 太郎	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒	生年月日	昭和56年 〇月 〇日
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下さい。		① 077-561-2365	② 077-561-6878	個人番号	1111××××××××	
子ども	フリガナ	カキ キョウ子	現住所	〒	個人番号(マイナンバー)	1234××××××××
	氏名	草津 京子	申請者と異なる場合のみ記載	生年月日	平成 27 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□にレ点を付けて下さい。 (子から見た続柄) <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"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 育児休業取得時に、既に保育を利用 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他 () (父・母・その他 ())					
上記「認定種別」欄に「第3号」に該当する場合は、 両親それぞれいずれか一つの要件にチェックを入れてください。 ひとり親の場合、その他に○をし、()内にひとり親と記入してください。						
当年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ (父親)		<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ			
前年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ (母親)		<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ (父親)			

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、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)	申請子どもの番号	フリガナ氏名	申請子どもとの続柄	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	
				個人番号	年	月			日
	1	カキ 太郎	父	1111××××××××	56	△	△	△△商事	<input type="checkbox"/> 有
	2	カキ 花子	母	2222××××××××	61	×	×	〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 有
	3	カキ 優木	兄	3333××××××××	24	〇	〇	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
	4								<input type="checkbox"/> 有
	5								<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	〇〇幼稚園	所在地	〒## - ××△△ TEL 077 (000) ××××
施設名	〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和〇年 〇月 〇日

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、

幼稚園の預かり保育を利用される場合、こちらに在園している施設名をご記入ください。

フリガナ	〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和〇年 〇月 〇日
施設名	〇〇幼稚園	の種別	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動
		〒525-〇〇××	TEL077-×××-〇〇〇〇
		草津市××町〇-〇	
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

認可外保育施設等を利用される場合、こちらに利用施設名をご記入ください。
なお、幼稚園を利用されている方も、幼稚園の預かり保育実施時間が少ない(平日の預かり保育の提供時間数が8時間未満または年間開所日数が200日未満)場合、認可外保育施設等を併用することが可能です。

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		
① 就労	勤務形態	<input checked="" type="checkbox"/> 専従 ・ 自営 ・ その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 専従 ・ 自営 ・ その他 ()			
	事業所名	〇〇株式会社 TEL077-000-△△××	△△商事 TEL077-000-××××			
	所在地 (実際の勤務地)	草津市〇〇町△-×	京都市〇〇区〇〇町×-△			
	仕事の内容 (具体的に)	食品メーカーの営業職	システムエンジニア			
	就労契約 満了日	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (令和 年 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (令和 年 月 日)			
	通勤手段・時間	通勤手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 電車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ その他 ()		
		通勤時間 (往復)	約 1時間 00分	約 2時間 00分		
		自宅を出る 時間	午前7時 30分	午前7時 00分		
育休日	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで				
特記事項						
② 内定・求職	就労予定先の事業所名					
	就労開始予定日	令和 年 月 日	令和 年 月 日			
③ 不存在	離婚 ・ 死別 ・ 行方不明 ・ 別居 ・ 未婚 ・ 単身赴任	年 月 日	離婚 ・ 死別 ・ 行方不明 ・ 別居 ・ 未婚 ・ 単身赴任	年 月 日		
④ 出産 (申請時点)	出産日 ・ 出産予定日	令和 年 月 日				
⑤ 疾病・障害	疾病 病名					
	入院	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで			
	通院	(月・週)に 回	(月・週)に 回			
	障害 障害名					
	手帳名	等級	等級			
⑥ 介護・看護	同居親族の看護					
	被看護人名 : 続柄 (児童からみて) : 病名 :			被看護人名 : 続柄 (児童からみて) : 病名 :		
	病院付き添い	入院 ・ 通院 (週 回)	入院 ・ 通院 (週 回)			
	病院名 :			病院名 :		
	自宅療養 その他					
⑦ 就学	学校名					
	就学期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで			
⑧ その他	※①～⑦以外の場合記載		※①～⑦以外の場合記載			