

児童コード

受付

# 子育てのための施設等利用給付認定申請書 兼 現況届

(宛先) 八潮市長

**【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、保護者に対し、「個人番号（マイナンバー）申告書」の提出を求めること又は官公署に対し必要な文書の閲覧若しく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。

申請日	年 月 日		認定希望日（施設利用開始日）	年 月 日					
申請保護者	フリガナ		申請子どもとの続柄	居住地	〒 _____				
	氏名			印	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____			
	生年月日	年 月 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ください。						
		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（ ）				
申請子ども	フリガナ		現住所	〒 _____					
	氏名	男 女	申請保護者と異なる 場合のみ記載	生年月日	年 月 日				
認定種別	従来型私立幼稚園のみを利用する場合※預かり保育事業を利用しない場合若しくは利用していても第2号又は第3号に該当しない場合								
	<input type="checkbox"/> (第1号)認定希望日時点で満3歳以上小学校就学前子ども			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 <input type="checkbox"/> にレ点を付けてください。					
	保護者の就労等の事由により、預かり保育事業を利用する場合								
	<input type="checkbox"/> (第2号)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日を経過した小学校就学前子ども								
<input type="checkbox"/> (第3号)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日までの間にある小学校就学前子ども									
<input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当									
保育を必要とする事由	該当する <input type="checkbox"/> にレ点を付けてください。（第2号又は第3号に該当する場合のみ記入）								
	(申請子どもから見た続柄) 父・母・その他（ ）	<input 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（ ）
	(申請子どもから見た続柄) 父・母・その他（ ）	<input 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（ ）

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

認定希望日の 前年1月1日現在の住所	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の 前々年1月1日現在の住所	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同居者を全員記入してください。

(生計の中心者の番号に○を付けてください)	フリガナ	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
	氏名		年 月 日		
1			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
2			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
3			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
4			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

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。

フリガナ		所在地	〒	—	TEL	( )
施設名		利用開始予定日		年	月	日

<第2号・第3号に該当する場合は、これより下も必ず記入してください>

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業を利用する(予定含む)方は記入してください。

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

認可保育施設申込状況	<input type="checkbox"/> 有 ( )月入所から申込中)
	<input type="checkbox"/> 無 ※認可保育施設の申込を行っていない主な理由にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 既に利用している認可外保育施設を継続して利用するため <input type="checkbox"/> 利用を希望する時間帯の保育が行われていないため <input type="checkbox"/> 自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合っていないため <input type="checkbox"/> その他 ( )

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	
就労	就労種別	<input 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"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ( )	<input 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"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ( )		
	通勤手段・時間	通勤手段 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○を付けてください。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入してください。)	通勤手段 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○を付けてください。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入してください。)		
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: から ① 就労期間: から 就労先名: から ② 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: から ① 就労期間: から 就労先名: から ② 就労期間: から		
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 ( )	
	災害の状況:				
求職活動等	活動の内容:		活動の内容:		
不存在	①死亡 ②離婚 ③別居(離婚前提・その他) ④拘禁 ⑤行方不明 ⑥未婚 ⑦その他 ( )		①死亡 ②離婚 ③別居(離婚前提・その他) ④拘禁 ⑤行方不明 ⑥未婚 ⑦その他 ( )		
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。)	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 ( )		<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 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		
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		

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください)

1 居宅外で就労されている方(予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	勤務(内定)証明書(※変則就労の場合は、シフト表を添付してください。) 勤務(内定)証明書、自営の証明書類の写し(最新の確定申告書、営業許可証、開業届等)
2 出産前後の方(出産前6週間・後8週間に限る)	新たに生まれるお子さんの母子健康手帳の写し(保護者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)又は学生証の写し、時間割等
4 保護者が病気の方	診断書
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、精神障害者保健福祉手帳等の写し 交付を受けていない方…診断書
6 保護者が介護・看護している方	介護(看護)を受ける方の診断書、又は身体障害者手帳の写し等
7 保護者が災害の復旧にあたっている方	申立書又は震災、風水害、火災等の罹災証明書等
8 保護者が求職中の方	求職カードの写し又は雇用保険受給者証の写し
9 虐待やDVの恐れがある等社会的擁護が必要な場合	配偶者からの暴力被害者の保護に関する証明書等