

〈記入例〉

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号認定区分)

(宛先) 鶴ヶ島市長

【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、また副食材料費徴収免除認定に当たって、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。
- 施設の利用開始予定日現在で、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。

保護者	フリガナ	ツルガシマ タロウ	申請子どもとの続柄	父	居住地	〒 350 - 2217 鶴ヶ島市三ツ木1234-567	生年月日	昭和 △ 年 1 月 1 日	
	氏名	鶴ヶ島 太郎		居住地が市外の場合 市内転入後の住所	〒	個人番号 (マイナンバー)		1111-1111-1111	
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。								個人番号	1111-1111-1111
① 080-1234-5678		父携帯 父勤務先 自宅・その他	② 090-1234-5678	母携帯 母勤務先 自宅・その他			個人番号	1111-1111-1111	
子ども申請	フリガナ	ツルガシマ ハナコ	現住所	〒	-		個人番号(マイナンバー)	3333-3333-3333	
	氏名	鶴ヶ島 花子	保護者と異なる場合のみ記載	生年月日	平成	○ 年 4 月 2 日			
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) 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	

施設の利用開始予定日の 当年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
施設の利用開始予定日の 前年1月1日現在の住所 ※3	(母親)	埼玉県●●市××町1-2-3 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親)	埼玉県●●市××町1-2-3 <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

ひとり親世帯等の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 ・ 該当 (□ひとり親世帯 □在宅障害児(者)のいる世帯)				
生活保護受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 非該当 ・ 該当				
(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	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
	①	ツルガシマ タロウ	父	個人番号 1111-1111-1111	つるがしま株式会社
		鶴ヶ島 太郎		昭和 △ 年 1 月 1 日	
	2	ツルガシマ アイコ	母	個人番号 2222-2222-2222	つるがしま病院
		鶴ヶ島 愛子		昭和 △ 年 2 月 2 日	
	3	ツルガシマ ハナコ	本人	個人番号	つるがしま幼稚園
		鶴ヶ島 花子		平成 ○ 年 4 月 2 日	
4	ツルガシマ ジロウ	弟	個人番号	つるがしま保育園	
	鶴ヶ島 次郎		平成 ◇ 年 5 月 5 日		
5			個人番号		
			年 月 日		
6			個人番号		
			年 月 日		
7			個人番号		
			年 月 日		

<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	ツルガシマヨウチエン	所在地	〒 350 - 2217 TEL 049 (123) 4567 鶴ヶ島市三ツ木 9 8 7 6 - 5 4 3
施設名	つるがしま幼稚園	利用開始予定日	令和 ▲ 年 4 月 1 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
ツルゴンホイクエン つるゴン保育園	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 350 - 2217 鶴ヶ島市三ツ木 5 5 5 5 - 5 5 5 TEL: 049 - 987 - 6543	令和 ▲ 年 4 月 1 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

片方のみ利用されている場合は
該当する方に、両方利用されている
場合は、両方に記入して下さい。