

記入例(令和6年度)

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入

年 月 日

子育てのための施設等利用給付 { 認定申請書
変更申請書 } (法第30条の4第2号・第3号)
現況届

(宛先) 宍粟市長 様

【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ています。
- 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号へ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、一時預かり事業、病児・病後児保育、転入予定の方は居住地に市外の住所を記入してください。保育事業も利用する(※1)、認可外保育施設、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、教育時間を超過せず、かつ8時間未満、かつ1日あたり1回を限度とするものである場合、に利用可能な認可外保育施設を含みます。

転入予定の方のみ記入してください。

保護者	フリガナ	シソウ タロウ	申請子どもとの続柄	父	認定開始日(施設利用開始)	令和6年4月1日
	氏名	宍粟 太郎		居住地	〒671-2593 宍粟市川町中広瀬133番地6	
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	090-0000-0000	父携帯・父勤務先・自宅・その他
				②	090-0000-0000	母携帯・母勤務先・自宅・その他
				転入予定の方のみ記入してください。	転入予定の方のみ記入してください。	転入予定の方のみ記入してください。

保護者と住まいが異なる場合のみ記入してください。

子ども申請	フリガナ	シソウ ジロウ	現住所	〒	個人番号(マイナンバー)
	氏名	宍粟 二郎	申請者と異なる場合のみ記載	生年月日	昭和2年3月1日

認定種別 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) 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)

第2号:平成30年4月2日~令和3年4月1日生まれの子 第3号:令和3年4月2日以降生まれの子

保育を必要とする理由	(子から見た続柄)	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 求職	<input type="checkbox"/> その他
	(子から見た続柄)	<input checked="" type="checkbox"/> 父・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"/> 復旧	<input type="checkbox"/> 活動等	<input type="checkbox"/> その他

父母とも該当する事由にチェックを入れてください。

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。

認定希望日の前々年1月1日現在の住所	(同前)	(同前)
認定希望日の前々々年1月1日現在の住所	〒	個人番号

第3号:令和3年4月2日以降に生まれの子で、令和5年または令和5年1月1日時点の住所が現住所と異なる場合は住所を記入してください。市外だった場合は課税証明書が必要になります。

※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。

申請子どもの保護者及び同居者	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
	1	シソウ ジロウ 宍粟 二郎	本人	個人番号 2年3月1日	
2	シソウ タロウ 宍粟 太郎	父	個人番号 50年1月1日	〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 有
3	シソウ ハナコ 宍粟 花子	母	個人番号 60年1月1日	△△△△△	<input type="checkbox"/> 有
4	シソウ イチロウ 宍粟 一郎	兄	個人番号 28年1月1日	〇〇〇〇〇小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 有

同居している家族について記入してください。

該当となる方はチェックしてください。

同居者	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
5			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号		<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（幼稚園部）を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ		〒		-		番	()
施設名	幼稚園・認定こども園(幼稚園部)を利用する方は記入してください。					利用開始予定日	令和 年 月 日

認可外保育施設、一時預かり事業、病児・病後児保育事業、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
〇〇〇ホイクショ 〇〇〇保育所	認可外・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 TEL: 〇〇 - 〇〇 - 〇〇	令和 6 年 4 月 1 日
△△△コドモエン △△△こども園	認可外・ 一時預かり 病児保育	〒 △△△ - △△△△ △△△△△△△△△△△△	令和 6 年 4 月 1 日
シソウシビョウジホイクシツ 茨城県病児保育室「ぞらまめ」	認可外・一時預かり 病児保育 ・子育て援助活動	茨城県山崎町鹿沢91番地20 TEL: 0790-62-8686	令和 6 年 4 月 1 日
シソウシ 茨城県ファミリー・サポート・センター	認可外・一時預かり 病児保育・ 子育て援助活動	〒 671 - 2573 茨城県山崎町今宿5番地15	令和 6 年 4 月 1 日

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			
就労 種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input checked="" type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	<input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 協力者
就労 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○をつけて下さい。 通勤時間 約 0 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	
前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: 〇〇〇〇〇高専 ① 就労期間: H30.4.1 から H31.3.31 ② 就労先名: 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: ① 就労期間: から ② 就労先名: 就労期間: から	
妊娠・出産 (申請時点)		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 令和 6 年 6 月 1 日	
疾病・障害等	(疾病・障害名) 〇〇〇〇 (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
介護・看護	被介護者名 〇〇〇 〇〇〇 (申請子どもとの続柄: 祖父) 傷病・障害名 〇〇〇〇〇〇〇〇症 <input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 4 回) <input checked="" type="checkbox"/> 通所・通学(週 3 回) 施設名 (〇〇〇〇〇〇〇)	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月・週 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ()	(申請子どもとの続柄:)
災害復旧	災害の状況: 〇〇〇〇〇	災害の状況:	
求職活動等	活動の内容: ハローワーク	父母ともに、保育を必要とする理由に応じて該当箇所に記入してください。 なお、すべて埋める必要はありません。	
就学	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○をつけて下さい。 通学時間 約 60 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	
就学の目的	<input checked="" 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	令和 7 年 3 月 31 日まで	年 月 日まで	
卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 20 日、1日 8 時間就労 <input checked="" 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 〇〇〇〇〇のため	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下さい)

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	就労等証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) 就労等証明書(お住まいの地域を担当する民生委員から確認を受けて署名・捺印をもらって下さい)
2 出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る)	母子健康手帳の写し(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 4 保護者が病气	就労が理由となる場合は、別途就労等証明書が必要になります。 (自営業の場合は、お住まいを担当する民生委員に確認を受け、署名・捺印をもらってください。) 理由によっては、別途必要となる書類があります。一覧表でご確認をお願いします。
5 保護者が障害	
6 保護者が介護している方	介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7 保護者が求職中の方	求職受付票の写し等
8 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書