

記入例  
(未移行幼稚園用)

子育てのための施設等利用給付認定申請書

(提出先)  
川越市長

この申請書を記入した  
日を記入してください。

令和2年 〇月〇〇日

保護者氏名 川越 太郎



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、認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業又は子育て援助活動支援事業の子育てのための施設等利用給付を受けたいので、子ども・子育て支援法第30条の5第1項の規定により、次のとおり施設等利用給付に係る同法第30条の4第2号又は第3号に掲げる小学校就学前子どもの区分についての認定を申請します。

令和2年4月1日に入園される方はこの日付で記入してください。

		認定希望日(施設利用開始日)		令和2年 4月 1日			
保護者	フリガナ	カワゴエ タロウ		生年月日	平成 1年 7月 7日生		
	氏名	川越 太郎		個人番号	〇〇〇〇××××△△△△		
	住所及び連絡先	(住所) 川越市元町1丁目3番地1 父携帯: 090-〇〇〇〇-△△△△ 母携帯: 080-△△△△-〇〇〇〇 自宅: □□□-〇〇〇〇 平成31年1月1日現在の住所 父(川越市内) ・ 母(川越市外)					
申請に係る子ども	フリガナ	カワゴエ イチロウ		生年月日	平成28年10月10日生		
	氏名	川越 一郎	保護者との続柄	子	個人番号	〇〇〇〇△△△△××××	
認定区分	該当する□にレ印を付けてください。				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□にレ印を付けて下さい。		
	<input checked="" 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日を経過している。) <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。)					<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に該当	
保育を必要とする理由	該当する□にレ印を付けてください。						
	(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
(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

※ 上記の認定区分が第3号に該当する場合、次の欄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	<input checked="" type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 中心者	<input checked="" type="checkbox"/> 現住所と同じ。	<input type="checkbox"/> 父親 <input checked="" type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 中心者	狭山市入間川〇〇〇—〇
認定希望日の前々年 1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 中心者	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ。	<input type="checkbox"/> 父親 <input checked="" type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 中心者	鶴ヶ島市三ツ木〇〇〇—〇

※申請する児童以外の同居者(別世帯含む)を全員記入し、生計の中心者となる方の番号に○印をつけてください。  
※単身赴任等の場合も記入してください。  
※上記の認定区分が第3号に該当する場合は、父、母、及び生計の中心者の個人番号を記入してください。

を次の欄に記入し、区分が第3号に該

申請に係る子どもの同居者	①	カワゴエ タロウ 川越 太郎	父	個人番号	平成1年 7月 7日	〇〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 有
	2	カワゴエ ハナコ 川越 花子	母	個人番号	平成2年 8月 8日	株式会社〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 有
	3	カワゴエ タカコ 川越 太花子	姉	個人番号	平成26年 9月 9日	〇〇〇〇幼稚園	<input type="checkbox"/> 有
	4	カワゴエ トキスケ 川越 時助	祖父	個人番号	昭和31年 1月 1日	ときすけ農園	<input type="checkbox"/> 有
	5	カワゴエ カネヨ 川越 鐘代	祖母	個人番号	昭和33年 2月 2日	無職	<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入してください。>

※ 幼稚園、認定こども園又は特別支援学校の幼稚部を利用し、又は利用しようとする場合は、次の欄に記入してください。

フリガナ	マルマルマルヨウチエン	所在地	川越市▽△丁目□○番地×
施設名	○○○○幼稚園		

幼稚園の預かり保育を利用される場合は、記入不要です。  
 ※原則、幼稚園に通園されている児童は認可外・一時預かり・病児保育・子育て援助活動は無償化の対象外です。

※ 認可外保育施設、一時預かり施設、子育て援助活動施設を利用しようとする場合は、次の欄に記入してください。

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		年 月 日
	認可外・一時預かり・病児保育・子育て援助活動		年 月 日
	認可外・一時預かり・		年 月 日
	病児保育・子育て援助活動		年 月 日

※該当する項目を記入してください。  
 区分に応じて、別紙に記載した必要な書類を添付してください。

※ 保育を必要とする理由の詳細をその区分に応じて次の欄に記入してください。

	<input checked="" type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ( ) の状況	<input type="checkbox"/> 父親 <input checked="" type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ( ) の状況
就 労 (種別)	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 ( <input type="checkbox"/> 居宅内 / <input type="checkbox"/> 居宅外 ) <input type="checkbox"/> 単身赴任 ( 勤務地 : ) <input type="checkbox"/> 採用予定	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務中 <input checked="" type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業 ( <input type="checkbox"/> 居宅内 / <input type="checkbox"/> 居宅外 ) <input type="checkbox"/> 単身赴任 ( 勤務地 : ) <input type="checkbox"/> 採用予定
妊娠・出 産 (申請 時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 出産予定日 ) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 出産予定日 ) 年 月 日
疾病・障 害等	( 疾病・障害名 ) ( 手帳の交付 ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	( 疾病・障害名 ) ( 手帳の交付 ) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
介 護 ・ 傷病・ ・ 障害名 看 護	被介護者名 ( 申請に係る子どもとの続柄 : ) 傷病・障害名	被介護者名 ( 申請に係る子どもとの続柄 : ) 傷病・障害名
受診等 の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院 ( 月・週 回 ) <input type="checkbox"/> 通所 ( 週 回 ) 施設名 ( )	<input type="checkbox"/> 入院中 通院 ( 月・週 回 ) <input type="checkbox"/> 通所 ( 週 回 ) 施設名 ( )
災害復旧	災害の状況 :	災害の状況 :
求職活動等	活動の内容 :	活動の内容 :
就 学 期 間	就学目的 <input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ( ) 年 月 日 ~ 年 月 日	就学目的 <input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 ( ) 年 月 日 ~ 年 月 日
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

申請にあたっての同意欄

以下の項目に同意した上で、子育てのための施設等利用給付認定の申請について関係書類を添えて申し込みます。

- ①市が子育てのための施設等利用給付認定に必要な市町村民税の情報及び世帯情報を閲覧すること
- ②申請書等に記載した内容を、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、施設に提供すること
- ③子ども・子育て支援法第30条の11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、施設に支給される場合があること
- ④令和元年10月1日及び新年度4月利用開始の申請日に関わらず、子ども・子育て支援法第3条第1項の規定に基づき、申請日から前日まで審査結果のお知らせを延期することがあります。
- ⑤副食費分の補足給付事業に必要な市町村民税の情報及び世帯情報を閲覧し、その情報に基づき、決定した内容を施設に提供すること

父、母、及び生計の中心者本人が署名し、押印してください。

保護者氏名 川越 太郎  
 保護者氏名 川越 花子  
 保護者氏名

