

記入例

令和4年3月〇日

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1号・第2号・第3号)

豊後大野市長 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あります。
  - 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って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、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）はできません。

※必ずご記入ください。提出日より前にさかのぼる事はできません。

※自署の場合は、申請します。印鑑不要です。

以上のことに同意し、次のとおり、施設等利用給付認定を申請します。

※施設等利用費の支給（償還払い）は、保護者名義の口座となります。

認定希望年月日  
(施設利用開始年月日)

令和4年4月1日

保護者	フリガナ	ブンゴ タロウ	現住所	豊後大野市〇〇町〇〇〇〇 1234番地5			
	氏名	豊後 太郎	連絡先	(自宅) 0974-xx-xx-xxxx	(交携帯) 090-xxxx-xxxx	(母携帯) 090-xxxx-xxxx	
	個人番号 (マイナンバー)	123456789012	生年月日	昭和60年1月1日			
申請児童	フリガナ	ブンゴ ジロウ	性別	(男)・女	生年月日 (申請年度4/1時点)	平成29年6月1日 (4歳)	認定 認定期間
	氏名	豊後 二郎	個人番号 (マイナンバー)	234567890123	出生順位	第1子	<input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号
	フリガナ	ブンゴ ヨウコ	性別	男・(女)	生年月日 (申請年度4/1年齢)	平成30年7月1日 (3歳)	認定 認定期間
	氏名	豊後 葉子	個人番号 (マイナンバー)	345678901234	出生順位	第2子	<input type="checkbox"/> 新1号 <input type="checkbox"/> 新2号 <input type="checkbox"/> 新3号
保育の希望	無	<input type="checkbox"/>	保育を必要とする事由のない満3歳以上の子ども (子どものための教育・保育給付の対象ではない幼稚園等で教育時間のみを利用する子ども)				新1号認定
	有	<input checked="" type="checkbox"/>	認定希望日時点で満3歳に達する日以後最初の3月31日を経過した子ども				新2号認定
		<input type="checkbox"/>	認定希望日時点で満3歳に達する日以後最初の3月31日までの間にあり、市町村民税非課税世帯に該当する子ども				新3号認定
	必要事由	続柄	以下の事由に応じて、別途保育を必要とする事由が確認できる書類の提出が必要となります。				
		父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業中 <input type="checkbox"/> その他				
		母	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 育児休業中 <input type="checkbox"/> その他				

同居者を全員記入してください。※個人番号欄は、上記「保育の希望」が有りで3号認定に該当する場合に、父母及び生計の中心者のみ記入してください。

(生計の中心者の番号に〇を付けて下さい)	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	備考
	1	ブンゴ タロウ 豊後 太郎	父	個人番号 123456789012 昭和平成 昭和60年 1月 1日	株式会社〇〇	
	2	ブンゴ ハナコ 豊後 花子	母	個人番号 45678901234 平成元年2月1日	〇〇看護学校	
	3	ブンゴ イチロウ 豊後 一郎	兄	個人番号 平成27年9月1日	〇〇小学校1年	
	4	ブンゴ キヨシ 豊後 清	祖父	個人番号 67890123456 昭和32年4月1日	有限会社〇〇	
	5	ブンゴ ヨシコ 豊後 美子	祖母	個人番号 78901234567	医療法人〇〇	
6				年 月 日		

※該当する方は、ご記入ください。

※下記の有無については保育の希望が「有」である新3号の方のみ記入してください。

生活保護の適用の有無	無・有 ( )
ひとり親世帯等の適用の有無	無・有 ( )

※必ずご記入ください。

利用(予定含む)する施設名(幼稚園・認定こども園名等)を記入してください

フリガナ	所在地	〒 879 - xxxxx 豊後大野市〇〇町〇〇〇〇 1234番地5
施設名	〇〇〇〇こども園	利用開始予定日 令和4年4月1日

<保育の希望が「有」である新2・3号の方は裏面も記入してください>

市記載欄	施設記載欄 (施設を経由して市に提出する場合)
受付	受付
	施設名

※保育の希望が「有」である新2・3号の方のみ記入してください。

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	利用開始予定年月日
	認可外 一時預かり 病児・病後児保育 子育て援助活動	〒 —	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児・病後児保育 子育て援助活動	TEL: — —	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児・病後児保育 子育て援助活動	〒 —	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児・病後児保育 子育て援助活動	TEL: — —	年 月 日

※在籍圏の預かり保育を利用される方は、この欄は記入しなくて結構です。

※該当する項目にご記入ください。

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	就労先	株式会社〇〇	
	雇用形態	自営業 非常勤 臨時職員 <b>正社員</b> パート・アルバイト 派遣社員 その他	自営業 非常勤 臨時職員 <b>正社員</b> パート・アルバイト 派遣社員 その他
	就労時間 (固定就労)	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 合計時間 週 40 時間 分	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 合計時間 週 20 時間 分
	変則就労	合計時間 時間 分	合計時間 時間 分
	現況	<b>就労中</b> ・就労予定(年 月 日から)・育児休業取得中(年 月 日復帰)	就労中 <b>就労予定</b> (年 月 日から)・育児休業取得中(年 月 日復帰)
	妊娠・出産 (申請時点)		<input checked="" 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: )	
	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・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	学校名		
	就学期間	年 月 日まで	
	授業時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 合計時間 時間 分	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝祭日 合計時間 時間 分
育 児 休 業 中 の 継 続 入 所 (3歳以上の 継続児)	育児休業に係る子どもの氏名	育児休業に係る子どもの氏名	
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
その他			

※以下は、保育の希望が「有」である2・3号認定で認可保育施設等の申込みを行わなかった方のみ記載してください。

保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書
<p>私は、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第30条の5第1項の規定に基づき、施設等利用給付認定の申請を行いました。この際、同法第20条第4項に規定する教育・保育給付認定の申請及び保育所等の利用申込みを行わなかった主な理由は以下のとおりです。</p> <p><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 (認可外保育施設名: )</p> <p><input type="checkbox"/>利用可能な保育所等では、就労等により保育所等の利用を希望する時間帯の保育が行われていないため (希望する保育時間: 時~ 時)</p> <p><input type="checkbox"/>利用可能な保育所等は、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</p> <p><input type="checkbox"/>その他(自由記述): ( )</p>