

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・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

☐ 申請者個人番号 ☐ 提出者身分証 ☐ 委任状 ☐ 職権確認了承済	※受付者記入欄		
	申請入力	/	
	決定入力	/	
	判定入力	/	

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2号・第3号)

(宛先)下妻市長

【申請にあたって同意していただく事項】

1. 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ることがあります。

2. 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・事業者を提供することがあります。

3. 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。

4. 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。

5. 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。

6. 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。

申請日		年 月 日		利用開始予定日(認定希望日)		年 月 日	
保護者 (申請者)	フリガナ		申請 子ども との 続柄		生年月日	年 月 日	
	氏名				個人番号 (マイナンバー)		
	現住所	〒 -					
	日中の連絡先 (電話番号)	①	父携帯・母携帯・自宅 その他(	②	父携帯・母携帯・自宅 その他(		
申請 子ども	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名			個人番号 (マイナンバー)			
	現住所	〒 - ※保護者と異なる場合のみ記入してください。					
利用開始予定日(認定希望日)における1月1日現在の住所 (1～8月は前年住所、9～12月は当年住所)※2		(母親)	□現住所と同じ		(父親)	□現住所と同じ	

※2. 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当年(前年)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。

認定 種別	☐ 第2号	利用開始予定日時時点で、満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している申請子ども
	☐ 第3号	利用開始予定日時時点で、市町村民税非課税世帯(※3)に属し、かつ満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある申請子ども

※3. 申請子どもの父母、および、それ以外の扶養義務者(家計の主宰者である場合に限る)のすべてが市町村民税非課税である場合

●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		所在地	〒 -
施設名		TEL	()

●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
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 - TEL: - -

<必ず裏面も記入して下さい>

●同一敷地内居住者を全員記入して下さい。 ※同一敷地内居住者とは、住民基本台帳の記録において、住所番が同一である者を指します。

ひとり親世帯等の有無		☐ 非該当 ☐ 該当		☐ ひとり親世帯 ☐ 在宅障害児(者)のいる世帯		※手帳や証書のコピーを添付	
生活保護受給の有無		☐ 非該当 ☐ 該当		※「ひとり親世帯」とは、児童扶養手当認定世帯を、「在宅障害児(者)のいる世帯」とは、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害基礎年金証書などの交付を受けた者がいる世帯を指します。			
申請子どもの保護者及び同一敷地内居住者 (生計の中心者の番号に○を付けて下さい)		フリガナ	申請子ども との続柄	個人番号		就労・通学・通園先 又は単身赴任先	
		氏名		※個人番号は、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。			
				生年月日			
	1			個人番号			
				年 月 日			
	2			個人番号			
				年 月 日			
	3			個人番号			
				年 月 日			
	4			個人番号			
			年 月 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				

●保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

保育必要事由		母親の状況		父親の状況	
就 労	就労 種別	☐ 会社勤務（ ☐ 親族経営） ☐ 自営 ⇒[☐ 自宅 ☐ 自宅以外] ☐ 内職 ☐ その他()		☐ 会社勤務（ ☐ 親族経営） ☐ 自営 ⇒[☐ 自宅 ☐ 自宅以外] ☐ 内職 ☐ その他()	
		妊娠・出産 ※産前産後期間中の理由は、妊娠・出産になります ☐ 無 ☐ 有 ⇒（予定日） 年 月 日 ※母子手帳またはマル福受給者証のコピーを添付		☐ 無 ☐ 有 ⇒（予定日） 年 月 日 ※母子手帳またはマル福受給者証のコピーを添付	
	育休期間	年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日	
障 疾 害 等	傷病・ 障害名				
	障害者 手帳等	☐ 有 ☐ 無 ※有の方はコピーを添付		☐ 有 ☐ 無 ※有の方はコピーを添付	
介 護 ・ 看 護	介護対象 者氏名	(申請子どもとの続柄：)		(申請子どもとの続柄：)	
	傷病・ 障害名				
	受診等の 状況	☐ 入院中 ☐ 通院(月 ・ 週 回) ☐ 通所(週 回) 施設名()		☐ 入院中 ☐ 通院(月 ・ 週 回) ☐ 通所(週 回) 施設名()	
求職活動等		活動の内容：		活動の内容：	
就 学	学校名				
	在学期間	年 月 日まで		年 月 日まで	

記入例

※受付者記入欄

☐ 申請者個人番号	申請入力	／	
☐ 提出者身分証	決定入力	／	
☐ 委任状	判定入力	／	
☐ 職権確認了承済			

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2号・第3号)

(宛先)下妻市長

【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。
- 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(※2)場合は、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年間開所日数が100日未満の場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

利用開始予定日を
ご記入ください。

申請日	令和×年×月×日		利用開始予定日(認定希望日)	令和×年×月×日		
保護者(申請者)	フリガナ	シモツマ タロウ	申請者 子どもの 続柄	生年月日	昭和×年×月×日	
	氏名	下妻 太郎		父	個人番号 (マイナンバー)	×××× ×××× ××××
	現住所	〒304-8501 下妻市本城町2-22				
	日中の連絡先 (電話番号)	① 090-××××-××××	父携帯 その他()	② 080-××××-××××	父携帯 母携帯 その他()	
申請 子ども	フリガナ	シモツマ シモン	生年月日	平成×年×月×日		
	氏名	下妻 しもん	個人番号 (マイナンバー)	×××× ×××× ××××		
	現住所					
利用開始予定日(認定希望日)における1月1日現在の住所 (1～8月は前年住所、9～12月は当年住所)※2			(母親)	☒ 現住所と同じ	(父親)	☒ 現住所と同じ

※2. 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当年(前年)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。

認定 種別	☒ 第2号	利用開始予定日時点で、満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している申請子ども
	☐ 第3号	利用開始予定日時点で、満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過していない申請子ども(課税世帯(※3)に属し、かつ満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある申請子ども)

※3. 申請子どもの父母、および、それ以外の親(養育者)が、当該申請子どもの住所地(市町村)に在住している場合に限り、のすべてが市町村民税非課税である場合

該当する種別に
✓してください。

●幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚園部を利用する(予定含む)方は記入し

フリガナ	マルバツコドモヨウチエン	利用する施設について ご記入ください。
施設名	〇×こども幼稚園	()

●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
シカクマルチャイルドホイクエン	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒- TEL: - -
〇〇チャイルド保育園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒- TEL: - -
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒- TEL: - -
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒- TEL: - -

<必ず裏面も記入して下さい>

●同一敷地内居住者を全員記入して下さい。 ※同一敷地内居住者とは、住民基本台帳の記録において、住所が同一敷地内居住者であることを示す住所コードが同一である者を指します。

同じ住所番にお住まいの方すべて
についてご記入ください。

ひとり親世帯等の有無	☒ 非該当 ☐ 該当	☐ ひとり親世帯 ☐ 在宅障害児(者)の世帯		
生活保護受給の有無	☒ 非該当 ☐ 該当	※「ひとり親世帯」は、児童扶養手当認定世帯を、「在宅障害児(者)の世帯」とは、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳・障害基礎年金証書などの交付を受けた者がいる世帯を指します。		
(申請子どもの保護者及び同一敷地内居住者) 1 2 3 4 5 6 7	フリガナ 氏名	申請子どもとの続柄	個人番号 ※個人番号は、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。 生年月日	就労・通学・通園先 又は単身赴任先
	シモツマ タロウ 下妻 太郎	父	個人番号 × × × × × × × × × × 昭和 × 年 × 月 × 日	○×運輸(株)
	シモツマ ハナコ 下妻 花子	母	個人番号 × × × × × × × × × × 平成 × 年 × 月 × 日	(株)△○商事
	シモツマ ヨシオ 下妻 良男	祖父	個人番号 昭和 × 年 × 月 × 日	無職
	シモツマ ヨシコ 下妻 良子	祖母	個人番号 昭和 × 年 × 月 × 日	無職
	シモツマ シモナ 下妻 しもな	姉	個人番号 平成 × 年 × 月 × 日	××小学校
			個人番号	
			年 月 日	

保育必要事由に応じて
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下さい。

保育必要事由		母親の状況	父親の状況
就 労	就労 種別	☒ 会社勤務 (□親族経営) □ 自営 ⇒ [□自宅 □自宅以外] □ 内職 □その他()	☒ 会社勤務 (□親族経営) □ 自営 ⇒ [□自宅 □自宅以外] □ 内職 □その他()
	妊娠・出産 ※産前産後期間中の理由は、妊娠・出産になります	□ 無 ☒ 有 ⇒ (予定日) 令和 × 年 × 月 × 日 ※母子手帳またはマル福受給者証のコピーを添付	
	育休期間	令和 × 年 × 月 × 日 ~ 令和 × 年 × 月 × 日	年 月 日 ~ 年 月 日
障害 等・	傷病・ 障害名		
	障害者 手帳等	☐ 有 ☒ 無 ※有の方はコピーを添付	☐ 有 ☒ 無 ※有の方はコピーを添付
介 護 ・ 看 護	介護対象 者氏名	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)
	傷病・ 障害名		
	受診等の 状況	☐ 入院中 ☐ 通院(月・週 回)	☐ 入院中 ☐ 通院(月・週 回)
		☐ 通所(週 回)	☐ 通所(週 回)
	施設名()	施設名()	
求職活動等		活動の内容:	活動の内容:
就 学	学校名		
	在学期間	年 月 日まで	年 月 日まで