

<申請者の方へ> この書類を保育施設に提出する場合は、「園名」「クラス名」「児童氏名」を記載した封筒に入れ、のり付けして提出して下さい。

令和 年 月 日

子育てのための施設等利用給付 第2・3号 認定・変更申請書

(宛先) 大村市長

【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。
- 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。

受付印

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、①②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。

- ①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間未満 ②年間開所日数200日未満

申請 子ども に係る	フリガナ		生年月日	平成 令和	年	月	日
	氏名						
	認定種別	<input type="checkbox"/> 第2号：認定希望日時時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している <input type="checkbox"/> 第3号：認定希望日時時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあり、市民税非課税世帯					
	認定期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日					

申請者 (保護者)	子どもとの関係 (続柄)	母	父
	フリガナ		
氏名		印 (自署の場合は印は不要です)	印 (自署の場合は印は不要です)
生年月日		昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
保育を必要とする理由 ※理由ごとの必要書類を提出ください	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <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 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <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 <input type="checkbox"/> その他 ()	
出産予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日)		
育休予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日まで)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日まで)	
現住所	〒 -	〒 - ※母と同じ場合は斜線を引いて削除してください。	
令和4年1月1日現在の住所		市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()
令和5年1月1日現在の住所		市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()
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		②	
父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他 ()		父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他 ()	

<必ず裏面も記入して下さい>

申請子どもを除く、同居者を全員記入して下さい。

（生計の中心者の子どもの番号に○を付けて下さい）	フリガナ 氏名	子どもの 関係（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 障害者手帳
	1	-----		大 昭 平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2	-----		大 昭 平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3	-----		大 昭 平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	4	-----		大 昭 平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	5	-----		大 昭 平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	6	-----		大 昭 平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	7	-----		大 昭 平 令	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

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	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()			
施設名	入園(予定)日		年	月	日	
	預かり保育の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (利用開始(予定)日	年	月	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
-----	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	令和 年 月 日
-----	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	令和 年 月 日
-----	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	令和 年 月 日
-----	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	令和 年 月 日

<申請者の方へ> この書類を施設に提出する場合は、「園名」「クラス名」「児童氏名」を記載した封筒に入れ、のり付けて提出して下さい。

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

子育てのための施設等利用給付 第2・3号 認定・変更申請書

(宛先) 大村市長

【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。

◆記入・提出上の注意

1 園児1人につき1枚作成し、大村市こどもセンターに提出してください。

2 ホールペンなどで記入し、訂正した場合には、訂正印を押してください（修正テープ等は使用不可です。）。

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. 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・保育園・認定こども園、特別支援学校（保育事業）を利用する児童が保育施設、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に係る認定を申請します。

◆消せるボールペンでは、記入しないでください。

◆4月1日時点で3歳以上だった子どもは2号
2歳以下だった子どもは3号です。ただし、3号は非課税世帯が対象です。ご注意ください。

保育事業が、①②のいずれかの要件に該当する場合は、①2年間開所日数200日未満

申請 子ども に係る	フリガナ	オムラ ショウブ	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
	氏名	大村 菖蒲		
	認定種別	<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日までの間にあり、市民税非課税		
	認定期間	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		

◆自署ではない場合は、押印してください。印はシャチハタ以外の印鑑（朱肉）で押印してください。

申請者 (保護者)	子どもとの関係(続柄)	母		父	
	フリガナ	オムラ ハナコ	印	オムラ タロウ	木村
	氏名	大村 花子		大村 太郎	
	生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	保育を必要とする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <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 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <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 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	出産予定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇年 〇〇月 〇〇日)		_____	
	育休予定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (〇〇年 〇〇月 〇〇日まで)		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日まで)	
	現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 大村市〇〇町〇〇番地〇〇		_____ ※母と同じ場合は斜線を引いて削除してください。	
	令和4年1月1日現在の住所	<input checked="" type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 (市町村名)		<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 (〇〇県〇〇市)	
	令和5年1月1日現在の住所	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 (〇〇県〇〇市)		<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 (〇〇県〇〇市)	
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 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		② 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他 ()		父携帯・母携帯・父勤務先・母勤務先・自宅・その他 ()			

申請子どもを除く、同居者を全員記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい) 申請に係る子どもの保護者及び同居者	フリガナ 氏名	子どもとの関係 (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 障害者手帳	
	①	大村 太郎	父	大平 昭令	〇〇年 〇〇月 〇〇日		<input type="checkbox"/> 有
	2	大村 花子	母	大平 昭令	〇〇年 〇〇月 〇〇日		<input type="checkbox"/> 有
	3	大村 さくら	姉	大平 昭令	〇〇年 〇〇月 〇〇日		<input type="checkbox"/> 有
	4	大村 未来	妹	大平 昭令	〇〇年 〇〇月 〇〇日		<input type="checkbox"/> 有
	5	大村 一郎	祖父	大平 昭令	〇〇年 〇〇月 〇〇日		<input checked="" type="checkbox"/> 有
	6	大村 梅子	祖母	大平 昭令	〇〇年 〇〇月 〇〇日		<input type="checkbox"/> 有
	7						<input type="checkbox"/> 有

◆別世帯でも、同居している方全員を書いてください。

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	〇〇 幼稚園	所在地	<input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 (〇〇県〇〇市)
施設名	〇〇幼稚園	入園(予定)日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
預かり保育の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (利用開始(予定)日)		〇〇年 〇〇月 〇〇日

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
	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	年 月 日
	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	年 月 日
	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	年 月 日
	認可外 病児 一時預かり 子育て援助	市町村名 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()	年 月 日