

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ください。

年 月 日

狛江市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）

狛江市長 宛て

<p align="center">【申請に当たって同意していただく事項】</p> <p>1. 施設等利用給付認定の審査並びに申請者及び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。</p> <p>2. 申請書等に記載した内容は、施設等利用給付認定、施設等利用費の支給その他施設における給食費の徴収に関する情報として必要と認められる場合に、施設・事業者へ提供することがあります。</p> <p>3. 施設等利用費は、市が認めた場合には、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。</p> <p>4. 提出書類に関し、記入漏れ及び内容について提出書類作成先の担当者に照会する場合があります。</p> <p>5. 認定事務が集中し、審査等に日時を要する場合は、申請日にかかわらず、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。</p> <p>6. 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。</p> <p>7. 認定希望日現在で、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（別途、施設により標準的な利用料が無償になります。）。</p>	<p>収受印</p>
---	------------

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、狛江市子育てのための施設等利用給付の認定及び給付の申請に関する規則第4条第1項の規定により、下記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時間未満又は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。

記

				認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日	
保護者	フリガナ		申請 子ども との続柄	居住地	〒 _____		
	氏名	印		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____		
	※ 自署の場合は印は不要です。				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ください。		
	①	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	②	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他（ ）	生年月日	年 月 日	
					個人番号 (マイナンバー)		
子ども 申請	フリガナ		現住所 申請者と異なる 場合のみ記載	〒 _____			個人番号(マイナンバー)
	氏名		生年月日	年 月 日			
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、年4月1日時点で3歳以上である。(第2号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、年4月1日時点で3歳未満である。(第3号)					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□にレ点を付けてください。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当	
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けてください。 (子から見た続柄) 父・母・その他 () <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障がい等 <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 <input type="checkbox"/> その他 () (子から見た続柄) 父・母・その他 () <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠出産 <input type="checkbox"/> 疾病障がい等 <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 <input type="checkbox"/> その他 ()						

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合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※2	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
認定希望日の前々年1月1日現在の住所※3	(母親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(父親) <input type="checkbox"/> 現住所と同じ

※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分かる証明書(課税証明書など)を添付してください。

同居者を全員記入してください。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)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。

(生計の申請子どもの番号に○を付けてください。)	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	要介護認定又は 障害者手帳	
			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
			大正 昭和 平成 令和	年 月 日		
			個人番号		<input type="checkbox"/> 有	
		大正 昭和 平成 令和	年 月 日			
		個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
		大正 昭和 平成 令和	年 月 日			
		個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
		大正 昭和 平成 令和	年 月 日			
		個人番号		<input type="checkbox"/> 有		
		大正 昭和 平成 令和	年 月 日			

<必ず裏面も記入してください。>

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。)方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒	—	電話番号	()
施設名		利用開始予定日			年	月 日

認可外保育施設、一時保育事業(認可園及び家庭福祉員)、病児保育事業、ファミリー・サポート・センター事業(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	利用開始予定日
	認可外 ・ 一時保育 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 — 電話番号 : — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時保育 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 — 電話番号 : — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時保育 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 — 電話番号 : — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時保育 病児保育・ファミリーサポートセンター	〒 — 電話番号 : — —	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

		母親の状況		父親の状況	
就労	就労種別	<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()		<input type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他: ()	
	通勤手段・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○を付けてください。	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○を付けてください。
	通勤時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	通勤時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から ② 就労先名: から 就労期間: から		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から ② 就労先名: から 就労期間: から	
	妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日			
	疾病・障がい等	(疾病・障がい名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(疾病・障がい名) (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:)		(申請子どもとの続柄:)	
	傷病・障がい名				
	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	通学手段・時間	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○を付けてください。	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○を付けてください。
	通学時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	通学時間	約 分 (往復時間を記入してください。)	
	就学の目的	<input 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	年 月 日まで		年 月 日まで	
	卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日, 1日 時間就労		(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日, 1日 時間就労	
	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	

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください。)

ア 外勤・内勤	勤務(予定)証明書(市指定様式あり・会社に記入してもらう。)
イ 自営業・親族経営会社勤務	就労状況申告書(市指定様式あり・御自身で記入する。)
ウ 就労内定の方	勤務(予定)証明書(市指定様式あり・会社に記入してもらう。)
エ 病気や障がいがある方	障害者手帳の写し・診断書等(保育が困難と記載があるもの。詳しくは問合せ又は市の様式を使用)
オ 介護にあたっている方	介護認定通知証の写し・スケジュール表等
カ 就学	在学証明書・スケジュール表等
キ 出産予定	母子健康手帳の写し(出産予定日を確認できるもの)
ク 求職活動中の方	求職活動中であることを証明するもの
ケ 認可外保育施設の利用を希望される方	保育所等利用申込み等の不実施に係る理由書