

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。

令和 ○年 ○○月 ○○日

# 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書

(宛先) 東彼杵町長 殿

【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住民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・事業者を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。
- 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・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・労働者派遣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項の指定申請します。

4/1時点で3歳以上の場合「第2号」

4/1時点で2歳以下だった場合「第3号」

保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間数が8時間

9/30までに利用開始している児童は開始

日「10月1日」で記入

子ども申請	フリガナ	ソノギ チャコ	現住所	〒 ○○○ - ○○○○ 東彼杵町○○○123456番地
	氏名	彼杵 茶子	生年月日	年 月 日
認定希望期間		令和 ○年 10月 1日 ~ 令和 年 月 日 ( <input checked="" type="checkbox"/> 就学まで )		
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、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(第2号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、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(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□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当	

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)	フリガナ 氏名	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
			大正 平成	昭和 令和	年 月 日		
1	ソノギ タロウ 彼杵 太郎	父	大正 平成	昭和 令和	年 月 日	〇〇会社	<input type="checkbox"/> 有
2	ソノギ ユメコ 彼杵 夢子	母	大正 平成	昭和 令和	年 月 日	〇〇会社	<input type="checkbox"/> 有
3	ソノギ ハジメ 彼杵 始	祖父	大正 平成	昭和 令和	年 月 日	農業	<input type="checkbox"/> 有
4	ソノギ ハナ 彼杵 花	祖母	大正 平成	昭和 令和	年 月 日	無職	<input checked="" type="checkbox"/> 有
5	別世帯でも同居している方全員記入						<input type="checkbox"/> 有
6					年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7					年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

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)方は記入して下さい。

フリガナ	〇〇〇〇コドモエン	所在地	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input checked="" type="checkbox"/> 東彼杵町外 ( ○○ 市町村 )
施設名	〇〇〇〇こども園	利用開始予定日	平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(裏面も記入)

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 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外 (市町村)	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外 (市町村)	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外 (市町村)	年 月 日
	認可外 一時預かり 病児 子育て援助活動	<input type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 東彼杵町外 (市町村)	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母		父		
申請者	フリガナ 氏名	ソノギ ユメコ 彼杵 夢子 印		フリガナ 氏名	ソノギ タロウ 彼杵 太郎 印	
	生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇日		生年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇日	
	現住所 <small>(児童住所と異なる場合記入)</small>			現住所 <small>(児童住所と異なる場合記入)</small>		
	H31年1月1日の 住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 町外 (市区町村)		H31年1月1日の 住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 東彼杵町内 <input type="checkbox"/> 町外 (市区町村)	
	連絡先	000-0000-0000		連絡先	000-0000-0000	
就労	就労 種別	<input checked="" 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 checked="" 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・ <u>自動車</u> ・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 30 分 (往復時間を記入して下さい。)		通勤手段 徒歩・ <u>自転車</u> ・バス・自動車・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 10 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	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 傷病・障害名			(申請子どもとの続柄: )		
	受診等 の状況	<input type="checkbox"/> 入院中 通院(月 回) <input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ( )				
災害復旧	災害の状況:					
求職活動等	活動の内容:					
就学	通学手段 ・時間	通学手段 徒歩・自転車・バス・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通学時間 約 分		通学手段 徒歩・自転車・バス・電車・その他 ( ) ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通学時間 約 分		
	就学の 目的	<input type="checkbox"/> 卒業後就労する		<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			

必ず、保育の必要性を証明する書類を添付  
してください。

就労・・・勤務証明書等

妊娠・出産・・・母子手帳(写)

求職活動等・・・就労予定申立書

介護・看護・・・診断書等