

預かり保育, 認可外保育施設, 一時預かり,
病児保育, 子育て援助活動支援用

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）

【申請に関する同意事項】

- 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。（この場合、村は園に直接支払うこととなりますので、園からの保育料請求はありません。）
- 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申請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項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、下記施設（預かり保育事業の利用も含む。）の施設等利用給付認定を希望しますので、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。

提出日 令和 年 月 日

東海村長

様

認定希望日（利用開始日）

令和 年 月 日

該当する部分に☑をし、記入欄に記入してください。

保護者	氏名	子どもの続柄	生年月日
	(ふりがな)		昭和 平成 年 月 日生
	◎		
	(住所)		
	(連絡先) ※日中連絡の取れる番号 (□自宅 □父 □母)		
申請に係る子ども	氏名	生年月日	性別
	(ふりがな)	平成 令和 年 月 日生	男・女
認定種別	<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日を経過している（第2号）3歳児～5歳児		
	<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）0歳児～2歳児 ⇒ 村民税非課税世帯に <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※該当の場合、4月～8月認定希望の方は前年度分、9月～3月認定希望の方は当年度分の課税証明書を添付してください。		
保育を必要とする理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他（ ）	
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <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"/> その他（ ）	

世帯の状況

児童の世帯員	氏名	子どもの続柄	生年月日	職業又は学校名等	備考 (単身赴任等)
	(ふりがな)		年 月 日生		
	(ふりがな)		年 月 日生		
	(ふりがな)		年 月 日生		
	(ふりがな)		年 月 日生		
	(ふりがな)		年 月 日生		
	(ふりがな)		年 月 日生		
ひとり親世帯	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				

(裏面もあります)

幼稚園，認定こども園（幼稚園枠のみ）又は特別支援学校幼稚部の園児が利用する場合

施設の情報	名称
	所在地
	電話番号 - -
当該施設の預かり保育の利用	<input type="checkbox"/> 利用する（利用開始日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 利用しない

認可外保育施設，一時預かり（幼稚園等に所属していない場合），病時保育，子育て援助活動支援を利用する場合

施設名	サービスの種類☑をしてください	所在地等	利用開始予定日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病時保育 <input type="checkbox"/> 子育て活動支援	所在地 電話 - -	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病時保育 <input type="checkbox"/> 子育て活動支援	所在地 電話 - -	年 月 日

保育を必要とする理由（詳細）

該当する部分に☑をし，記入欄に記入してください。（理由は一つのみ☑してください）

父親の状況		母親の状況	
<input type="checkbox"/> 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"/> 専従者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 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"/> 専従者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 妊娠・出産（出産予定日： 年 月 日）	
<input type="checkbox"/> 疾病障害	疾病・障害名 手帳交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 疾病障害	疾病・障害名 手帳交付 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 介護看護	被介護者名 介護者との続柄 傷病・障害名 <input type="checkbox"/> 入院中 通院中（月・週 回） <input type="checkbox"/> 通所・通学（週 回）施設名：	<input type="checkbox"/> 介護看護	被介護者名 介護者との続柄 傷病・障害名 <input type="checkbox"/> 入院中 通院中（月・週 回） <input type="checkbox"/> 通所・通学（週 回）施設名：
<input type="checkbox"/> 災害復旧 災害の状況：		<input type="checkbox"/> 災害復旧 災害の状況：	
<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備 活動内容：		<input type="checkbox"/> 求職活動・起業準備 活動内容：	
<input type="checkbox"/> 就学	就学の目的 <input type="checkbox"/> 就労するため <input type="checkbox"/> その他（ ） 期間 年 月 日まで 卒業後の予定 就労日数・時間 月・週 日，1日 時間就労	<input type="checkbox"/> 就学	就学の目的 <input type="checkbox"/> 就労するため <input type="checkbox"/> その他（ ） 期間 年 月 日まで 卒業後の予定 就労日数・時間 月・週 日，1日 時間就労
<input type="checkbox"/> その他※具体的に記載		<input type="checkbox"/> その他※具体的に記載	

個人番号記載欄

<input type="checkbox"/>	子育て支援課において村の住民基本台帳に登録されているマイナンバーを確認することを承諾します（マイナンバーの記入は不要です）。※ 単身赴任等で村に住居登録がない場合は対象外																		
<input type="checkbox"/>	次のとおりマイナンバーを報告します。（次の欄にマイナンバーを記入してください。幼稚園の利用で施設に提出する場合には封入・封緘の上，①個人番号カードの写し又は②通知カード及び免許証等住所氏名の確認できる書類の写しを同封し，封筒に氏名記載をお願いいたします。） <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>児童</td> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> </tr> <tr> <td>父</td> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> </tr> <tr> <td>母</td> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> <td>-</td> <td>□□□□</td> </tr> </table>	児童	□□□□	-	□□□□	-	□□□□	父	□□□□	-	□□□□	-	□□□□	母	□□□□	-	□□□□	-	□□□□
児童	□□□□	-	□□□□	-	□□□□														
父	□□□□	-	□□□□	-	□□□□														
母	□□□□	-	□□□□	-	□□□□														

市町村記載欄

課税情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号確認	【身元確認】（ <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 代理人（ ）） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	【個人番号確認】 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（児童・父・母） <input type="checkbox"/> 通知カード（児童・父・母） <input type="checkbox"/> 役場確認（児童・父・母）