

第1号の2様式(第2条関係)

年 月 日

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) 生駒市長

【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住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・事業者に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。

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。

		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		現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____	
	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。			生年月日	年 月 日
	① _____	② _____	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	個人番号 (マイナンバー)	
子ども申請	フリガナ	現住所	〒 _____		個人番号(マイナンバー)
	氏名	申請者と異なる場合のみ記載	生年月日	年 月 日	
認定種別	<input type="checkbox"/> 申請子どもは、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(第2号) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、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
	保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。 (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"/> 看護 <input type="checkbox"/> 復旧 <input type="checkbox"/> 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下さい。

認定希望日の本年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市町村住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。(認定希望日が4月から8月の場合は前年度分、9月から3月の場合は本年度分の証明書)

同居者を全員記入して下さい。※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下さい。

全計の申請子どもの番号に○を付けて下さい	フリガナ	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
		氏名		個人番号	
1	_____	_____	_____年 月 日	_____	<input type="checkbox"/> 有
2	_____	_____	_____年 月 日	_____	<input type="checkbox"/> 有
3	_____	_____	_____年 月 日	_____	<input type="checkbox"/> 有
4	_____	_____	_____年 月 日	_____	<input type="checkbox"/> 有
5	_____	_____	_____年 月 日	_____	<input type="checkbox"/> 有
6	_____	_____	_____年 月 日	_____	<input type="checkbox"/> 有
7	_____	_____	_____年 月 日	_____	<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

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	所在地	〒 - TEL ()
施設名	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 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 - TEL: - -	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○をつけて下さい。	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○をつけて下さい。
		通勤時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)
	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 就労期間: から ② 就労先名: から ② 就労期間: から	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から ② 就労期間: から ② 就労先名: から ② 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:)	
	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○をつけて下さい。	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○をつけて下さい。
		通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)
	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 ()	
	卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月		(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	
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下さい)

1	保護者が外勤・内職の方 保護者が自営業の方	就労証明書(所定様式)に証明 就労証明書(所定様式)に証明及び自営を証する書類(直近の確定申告書第一表・第二表の写し等)
2	保護者が出産予定の方(出産予定の前2か月・出産月・出産月の後2か月)	出産・就学申立書(所定様式)に記入及び母子健康手帳の表紙・出産予定日等の記載のあるページの写し
3	保護者が病気治療中の方	診断書兼介護・看護状況申告書(所定様式)に証明
4	保護者が心身に障がいのある方	診断書兼介護・看護状況申告書(所定様式)に記入及び身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写し
5	保護者が介護・看護に当たっている方	診断書兼介護・看護状況申告書(所定様式)に記入及び身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、介護保険被保険者証の写し
6	保護者が災害復旧に当たっている方	災害復旧申立書(証明書)(所定様式)に記入(証明)
7	保護者が求職活動・起業準備中の方	求職活動・起業準備状況申告書兼誓約書(所定様式)に記入
8	保護者が就学中の方	出産・就学申立書(所定様式)に記入及び在学証明(学生証の写し等)とカリキュラム・時間割

《 記入例 》

様式その2

第1号の2様式(第2条関係)

令和6年2月1日

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) 生駒市長

【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・事業者に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。
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. 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、一時預かり保育施設等を利用し、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、今後のご請求について、請求書にはこちらに記入いただいた保護者名義の口座を振込口座としてご指定ください。

※1. 預かり保育事業とは、次の要件に該当する場合

利用時間が8時間未満または2年間開所日数200日未満のいずれ

Application form grid with sections for Guardian (保護者), Child (子ども), and Identification (認定種別). Includes fields for name, address, birth date, and reasons for application.

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

Form for identifying the guardian type (認定希望日の住所) with checkboxes for current residence or previous residence.

※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。(認定希望日が4月から8月の場合は前年度分、9月から3月の場合は本年度分の証明書)

同居者を全員記入して下さい。※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下さい。

Table for listing co-residents (同居者) with columns for name, relationship, birth date, and tax status.

必ず裏面も記入して下さい

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 施設名	〇〇ヨウチエン 〇〇幼稚園	所在地	〒 630 — XXXX Tel XXXX (XX) XXXX 生駒市〇〇町〇〇-〇〇
		利用開始予定日	令和 6 年 4 月 1 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 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 — TEL: — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ 子育て援助活動	〒 — TEL: — —	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		母親の状況	父親の状況
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・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 40 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通勤時間 約 60 分 (往復時間を記入して下さい。)
	前年1月 1日以降 の転職	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: 　　　　　から ① 就労期間: 　　　　　から ② 就労先名: 　　　　　から ② 就労期間: 　　　　　から	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: 　　　　　から ① 就労期間: 平成26年4月1日 から 令和5年3月31日 ② 就労先名: 　　　　　から ② 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:)
	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○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)
	修学 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 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月
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下さい)

1	保護者が外勤・内職の方 保護者が自営業の方	就労証明書(所定様式)に証明 就労証明書(所定様式)に証明及び自営を証する書類(直近の確定申告書第一表・第二表の写し等)
2	保護者が出産予定の方(出産予定の前2か月・出産月・出産月の後2か月)	出産・就学申立書(所定様式)に記入及び母子健康手帳の表紙・出産予定日等の記載のあるページの写し
3	保護者が病気治療中の方	診断書兼介護・看護状況申告書(所定様式)に証明
4	保護者が心身に障がいのある方	診断書兼介護・看護状況申告書(所定様式)に記入及び身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写し
5	保護者が介護・看護に当たっている方	診断書兼介護・看護状況申告書(所定様式)に記入及び身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、介護保険被保険者証の写し
6	保護者が災害復旧に当たっている方	災害復旧申立書(証明書)(所定様式)に記入(証明)
7	保護者が求職活動・起業準備中の方	求職活動・起業準備状況申告書兼誓約書(所定様式)に記入
8	保護者が就学中の方	出産・就学申立書(所定様式)に記入及び在学証明(学生証の写し等)とカリキュラム・時間割