

子育てのための施設等利用給付認定申請書兼現況届出書

大洲市長 二宮 隆久 様



【申請にあたっての同意事項】

- 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・事業者へ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。

以上のことに同意のうえ、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

署名 大洲 太郎

		認定希望日(施設利用開始日)		令和8年4月1日	
児童の氏名	フリガナ	オオズ サクラ		生年月日	令和3年 7月 7日
	氏名	大洲 さくら		(令和8年4月1日の年齢4歳)	性別
			個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 4 3 2 1 5 6 7 8	
保護者	フリガナ	オオズ タロウ		居住地	〒795-1111
	氏名	大洲 太郎		大洲市大洲123番地	
	生年月日	平成 3年 6月 6日		児童との続柄	父
	個人番号(マイナンバー)	1 2 3 4 4 3 2 1 7 7 8 8			
				(父連絡先)	090-1111-2222
				(母連絡先)	090-3333-5555
				(自宅)	0893-24-5555
令和7年1月1日現在の住所	父	<input checked="" type="checkbox"/> 大洲市内	<input type="checkbox"/> 大洲市外	() 県	() 市・区・町・村
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 大洲市内	<input type="checkbox"/> 大洲市外	() 県	() 市・区・町・村
令和8年1月1日現在の住所	父	<input type="checkbox"/> 大洲市内	<input checked="" type="checkbox"/> 大洲市外	(愛媛) 県	(松山) 市() 区・町・村
	母	<input type="checkbox"/> 大洲市内	<input checked="" type="checkbox"/> 大洲市外	(愛媛) 県	(松山) 市() 区・町・村

※ 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。

保育の必要性	無	<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1号)	左記で第3号に該当し、市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。						
	有	<input checked="" 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)		<input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に該当					
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 checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	<input type="checkbox"/> 疾病障害等	<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 checked="" type="checkbox"/> 就労	<input type="checkbox"/> 妊娠出産	<input type="checkbox"/> 疾病障害等	<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()

同居者を全員記入して下さい。

児童の世帯員	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
	フリガナ	氏名		個人番号	生年月日		
1	オオズ	タロウ	父	個人番号	1234 4321 7788	㈱大洲銀行	<input type="checkbox"/> 有
	大洲	太郎		平成3年	6月		
2	オオズ	ハナコ	母	個人番号	1234 4321 4455	スーパー大洲	<input type="checkbox"/> 有
	大洲	花子		平成4年	9月		
3	オオズ	ツツジ	姉	個人番号	1234 4321 6789	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
	大洲	つつじ		平成30年	10月		
4	オオズ	サクラ	本人	個人番号	1234 4321 5678	〇〇幼稚園	<input type="checkbox"/> 有
	大洲	さくら		令和3年	7月		
5				個人番号			<input type="checkbox"/> 有
6				個人番号			<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	〇〇ヨウチエン	所在地	〒795—1234 TEL0893 (24) 2222
施設名	〇〇幼稚園	利用開始予定日	令和8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 ・ ファミサポ	〒 — TEL : — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 — TEL : — —	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育 ・ ファミサポ	〒 — 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。

理由	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： ()	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： ()
	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 25分(往復時間を記入して下さい。)	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 20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 ⇒ ① 就労先名： から 就労期間： から ② 就労先名： から 就労期間： から	前年1月1日以降の転職 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名： から 就労期間： 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 (申請子どもとの続柄：)	(申請子どもとの続柄：)
	傷病・障害名	
	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・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。)
	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

以下は、施設等利用給付新2・3号認定申請子どもにおいて、認可保育施設等の申込みを行わなかった方のみ記入してください。

私は、子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)第30条の5第1項の規定に基づき、施設等利用給付認定の申請を行いました。この際、同法第20条第4項に規定する教育・保育給付認定の申請及び保育所等の申込を行わなかった主な理由は次のとおりです。
<input type="checkbox"/> 既に利用している認可外保育所施設を継続して利用するため <input type="checkbox"/> 認可保育施設等では、希望する時間帯の保育が行われていないため(希望する保育時間： 時 ~ 時) <input type="checkbox"/> 認可保育施設等が自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合っていないため <input type="checkbox"/> その他 ()