

子育てのための施設等利用給付認定申請書

(宛先) 中央区長

【申請に当たって同意していただく事項】

1

子ども・子育て支援法第 3 0 条の 3 において準用する同法第 1 6 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又は同居親族の市町村民税（特別区民税を含む。以下同じ。）の課税の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及び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、施設又は事業者を提供することがあります。

3

子ども・子育て支援法第 3 0 条の 1 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

認定事務が集中した場合は審査等に日時を要するため、申請日にかかわらず、子ども・子育て支援法第 3 0 条の 5 第 5 項の規定に基づき、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

利用開始日現在で、子ども・子育て支援法第 7 条第 1 0 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、子ども・子育て支援法第 3 0 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。

申 請 者 住 所							
前年・本年 1 月 1 日現在の住所 (上記と異なる場合のみ記入)		(4 月から 8 月利用まで：前年) (9 月から 3 月利用まで：本年)					
ふりがな		電 話	携帯 (父) ()		□主な連絡先		
申請者 (保護者) 氏名			携帯 (母) ()		□主な連絡先 自宅		
		※自署してください。					
家族の状況 ※家族以外で同居している者及び同居していない家族も記入してください。(単身赴任の父母・兄弟など)							
氏 名 ※認定を希望する児童の番号を○で 囲んでください。		続柄	生年月日	職業、 学校、 保育園等	同居 別居 の別	認定区分 ※	個人番号
1	ふりがな		昭 平 (歳) 年 月 日		同・別		
2	ふりがな		昭 平 (歳) 年 月 日		同・別		
3	ふりがな		昭 平 (歳) 令 年 月 日		同・別	1 号 2 号／3 号	
4	ふりがな		昭 平 (歳) 令 年 月 日		同・別	1 号 2 号／3 号	
5	ふりがな		昭 平 (歳) 令 年 月 日		同・別	1 号 2 号／3 号	
6	ふりがな		昭 平 (歳) 令 年 月 日		同・別	1 号 2 号／3 号	
※認定区分		1 号認定：利用開始日時点で満 3 歳に達する日以後の最初の 3 月 3 1 日を経過している場合（保育の必要性無） 2 号認定：利用開始日時点で満 3 歳に達する日以後の最初の 3 月 3 1 日を経過している場合（保育の必要性有） 3 号認定：利用開始日時点で満 3 歳に達する日以後の最初の 3 月 3 1 日までの間にあり、市町村民税が非課税の世帯に該当する場合（保育の必要性有）					

幼稚園、認定こども園又は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。

ふりがな		所在地	電話 ()	
施設名		利用開始(予定)日	年	月 日

書類持参：□本人 □使者 □代理人（委任状）

番号確認：□番号 C □通知 C □番号記載の住民票 □本人同意により職権記載 □拒否

身元確認：1 点（□番号 C □免許証 □旅券 □障害 □在留 □他（ ）） 2 点（ 、 ） □拒否

(注) 申請する認定区分が 2 号又は 3 号の方は、裏面も記入してください。

(裏)

家 庭 の 状 況

		保護者の状況①	保護者の状況②
就 労	所在地		
	名 称		
	勤務時間	日数： 日／月 時間： 時間／日	日数： 日／月 時間： 時間／日
	仕事の内容		
就 労 以 外	認定事由		
	事由の現況	日数： 日／月 時間： 時間／日	日数： 日／月 時間： 時間／日
	具体的内容		
	障害者手帳 の有無	(手帳) (級・度)	(手帳) (級・度)
	申込児童 以外の出産	年 月 日出産 (予定)	年 月 日出産 (予定)

認定申請理由 (2 号・3 号) ☐ 就労 ☐ 復職 ☐ 妊娠・出産 ☐ 疾病・負傷・障害 ☐ 介護・看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職 ☐ 学校等に在学 ☐ 職業訓練 ☐ その他 ()
具体的状況

認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業又は子育て援助活動支援事業を利用する（予定も含む。）方は記入してください。

ふりがな 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・子育て援助活動支援	郵便番号 — 電話： ()	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動支援	郵便番号 — 電話： ()	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動支援	郵便番号 — 電話： ()	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動支援	郵便番号 — 電話： ()	年 月 日

認可保育所等の利用申込を行わなかった主な理由 ☐ 既に利用している認可外保育施設を継続して利用するため ☐ 利用可能な認可保育所等では、希望する時間帯の保育が行われていないため ☐ 利用可能な認可保育所等は、自宅又は職場から遠い等地理的に希望に合っていないため ☐ その他 ()
--