

記入例(表)

令和 6年 3月 1日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書・現況届(法第30条の4第2号・第3号)

福知山市長

提出日を記入

【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・事業者へ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。
- 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、申請日にかかわらず、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号へ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。

父・母どちらでも申請していただけます
(ただし、後に償還払いの手続きをする場合、申請者名義口座での請求になります)

申請者の個人番号(マイナンバー)を記入

保護者(申請者)	氏名	フクチ コウヘイ 福知 公平		申請子どもとの続柄	父	現住所	〒 620 - 0000 福知山市〇〇	地	令和 6年 4月 1日
	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ください。	① 090-XXXX-XXXX	父携帯・母携帯 父勤務先・母勤務先 自宅・その他()	② 080-XXXX-XXXX	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)	987654321098		
子ども申請	フリガナ	フクチ ケンタ 福知 健太		現住所	〒 -	個人番号(マイナンバー)	112233445566		
氏名	氏名		氏名		生年月日	令和 2年 5月 10日			
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、前年度4月1日現在、3歳児クラス以上の子どもである(第2号)。 <input type="checkbox"/> 申請子どもは、認定希望日現在、3歳未満の子どもである(第3号)。		3歳児クラス以上の子どもの場合新2号を選択		<input type="checkbox"/> 左記で第3号に該当する(第3号)。 <input type="checkbox"/> 下の方に該当する(第3号)。		<input type="checkbox"/> 申請子どもの個人番号(マイナンバー)を記入		
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けてください。 (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"/> 就学		<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"/> 出産		<input type="checkbox"/> 就学		<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他()		

保護者それぞれの「保育を必要とする理由」で該当項目を選択

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入してください。

認定希望前年1月1日※2	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	新2号認定申請(3歳児クラス以上の子ども)の場合記入不要
認定希望前々年1月1日※3	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	

生計の中心者の番号に○印

※2及び※3 申請書に添付してください。記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額が分かる証明書(課税証明書を添付してください)。

同居者を全員記入してください。※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ください。

(生計の中心者の番号に○を付けてください。)	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
①	フクチ コウヘイ 福知 公平	父	個人番号 大正 昭和 平成 令和 60年 11月 9日	◇◇株式会社	<input type="checkbox"/> 有
2	フクチ ヨウコ 福知 陽子	母	個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 7月 20日	△△美容室	<input type="checkbox"/> 有
3	フクチ ユウコ 福知 優子	姉	個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 10月 28日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	フクチ ケンタ 福知 健太	本人	個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日	〇〇幼稚園	<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

新2号認定申請(3歳児クラス以上の子ども)の場合この欄の個人番号の記入は不要

<必ず裏面も記入してください。>

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、記入してください。

記入例 (後)

フリガナ		〒0000 TEL 0773 (22) 0000
施設名	〇〇幼稚園	福知山市〇〇町〇〇番地
	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、記入してください。

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
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
	病児保育・子育て援助活動	TEL: — —	年 月 日

認定こども園、私立幼稚園に通園の方は併用不可ですので、記入しないでください。
 ・平日、教育時間を含み提供時間数が8時間以上又は年間開所日数が200日以上
 の保育施設のため

保育を必要とする理由に応じて記入してください。

		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 checked="" type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" 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○を付けてください。 通勤時間 約 0分(往復時間を記入してください。)	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○を付けてください。 通勤時間 約 20分(往復時間を記入してください。)		
	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 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		
妊娠・出産(申請時点)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 日				
疾病・障害等	(疾病・障害名) <input type="checkbox"/> 無	(疾病・障害名) <input type="checkbox"/> 無			
介 護 ・ 看 護	被介護者名	(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○を付けてください。 通学時間 約 分(往復時間を記入してください。)	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○を付けてください。 通学時間 約 分(往復時間を記入してください。)		
	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				
卒業後の予定					
その他					
5			帳、精神障		
6	保護		護保険証の写し等)		
7	保護者が		専の可能性あり)		
8	認可外保育施		の不実施に係る理		

母親欄のみ「妊娠・出産」の状況を記入

表面で選択した「保育を必要とする理由」に該当する理由欄に必要事項を記載

申請時に窓口で必要なもの

- ・施設利用給付認定申請書
- ・保育の必要な理由による必要書類
- ・申請者・申請子ども両方のマイナンバーを証明する書類
 (マイナンバーカード、個人番号の記載のある住民票、マイナンバー通知カード※カードに記載の住所と現住所が異なる場合等は証明書になりません。)
- ・窓口で申請書を提出される方の本人確認書類
 (マイナンバーカード、運転免許証など、官公庁が発行した顔写真付きの証明書)
- ・委任状(申請者と届出者が違う場合、申請者→届出者への委任が必要)