

令和7年度子育てのための施設等利用給付認定申請書 兼 現況届

多可町長 様

【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（ ）せん。

施設等利用給付認定の対象となる最初の利用日を記入してください。
原則利用開始月の初日（1日）をご記入ください。

以上のことに同意し、次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。

		認定希望日（施設利用開始日）		〇年〇月〇日					
保護者	フリガナ	タカ タロウ		申請児童との続柄	父				
	氏名（自署）	多可 太郎				居住地	多可郡多可町〇〇区〇〇		
	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。								
	①	090-0000-0000	②	090-0000-0000	生年月日	昭和 平成 〇年〇月〇日			
申請児童	フリガナ	タカ ジロウ		生年月日	平成 令和 〇年〇月〇日	年齢（令和7年4月1日現在）	3 歳	性別	男・女
	氏名	多可 二郎							
認定種別	<input type="checkbox"/> 【第1号】 新制度未移行幼稚園・国立大学附属幼稚園等の教育部分のみの利用の方はこちらに<input checked="" type="checkbox"/>してください。								
	<input checked="" type="checkbox"/> 【第2号】 保育を必要とする事由に該当し、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日を経過している子ども <input type="checkbox"/> 【第3号】 保育を必要とする事由に該当し、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日までの間にあり市町村民税非課税世帯に該当する子ども								
保育を必要とする理由	上記「認定種別」が【第2号、第3号】の方は、該当する <input type="checkbox"/> にレ点を付けて下さい。								
	(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 () (続柄) 父・母・その他 () <input type="checkbox"/> 就労 <input checked="" 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 ()								

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。

令和7年1月1日現在の住所※2	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
令和6年1月1日現在の住所※3	(父親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ	(母親)	<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わかる証明書(課税証明書など)又は個人番号申告書を添付して下さい。

申請児童を除く同居者を全員記入して下さい。また、単身赴任等、別居で生計を一にしている世帯員も記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○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・障害者手帳
	①	タカ タロウ 多可 太郎	父	昭和〇〇年 〇月 〇日	〇〇役場
2	タカ ハナコ 多可 花子	母	昭和〇〇年 〇月 〇日	〇〇産業(株)	<input type="checkbox"/> 有
3	タカ イチロウ 多可 一郎	兄	平成〇〇年 〇月 〇日	〇〇小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	タカ サツロウ 多可 三郎	弟	令和〇〇年 〇月 〇日	〇〇こども園	<input type="checkbox"/> 有
5			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入して下さい>

幼稚園等と預かり保育を利用中（予定を含む）の方は①に、認可外保育施設等を利用中（予定を含む）の方は②に記入してください。

①幼稚園・認定こども園・特別支援

認定こども園（幼稚園部）の預かり保育、新制度未移行幼稚園・国立大学附属幼稚園等を利用される方はこちらに記入してください。

フリガナ	〇〇コドモエン	所在地	〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 伍 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇
施設名	〇〇こども園	所在地	多可郡多可町〇〇区〇〇
		利用開始(予定)日	〇 年 〇 月 〇 日

②認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動等を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

施設等利用給付認定の対象となる最初の利用日を記入してください。
原則利用開始月の初日（1日）をご記入ください。

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
〇〇ホイクエン	認可外・一時預かり	〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 多可郡多可町〇〇区〇〇 TEL: 〇〇〇〇- 〇〇- 〇〇〇〇	〇年〇月〇日
〇〇保育園	病児保育・子育て援助活動	〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 多可郡多可町〇〇区〇〇 TEL: 〇〇〇〇- 〇〇- 〇〇〇〇	〇年〇月〇日
〇〇ファミリー・サポート・センター	認可外・一時預かり	〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 多可郡多可町〇〇区〇〇 TEL: 〇〇〇〇- 〇〇- 〇〇〇〇	〇年〇月〇日
〇〇ファミリー・サポート・センター	病児保育・子育て援助活動	〒 〇〇〇- 〇〇〇〇 多可郡多可町〇〇区〇〇 TEL: 〇〇〇〇- 〇〇- 〇〇〇〇	〇年〇月〇日
	認可外・一時預かり	〒 —	年 月 日
	病児保育・子育て援助活動	TEL: — —	
	認可外・一時預かり	〒 —	年 月 日
	病児保育・子育て援助活動	TEL: — —	

表面「認定種別」が【第2号・第3号】の方は、保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

*別途、保育を必要とする事由証明書の添付が必要です。

		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 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： ()
	通勤時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	約 〇〇 分 (往復時間を記入して下さい。)
妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 〇年〇月〇日		
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	(申請児童との続柄：)	(申請児童との続柄：)
	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	通学時間	約 分 (往復時間を記入して下さい。)	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
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	