

令和8年度子育てのための施設等利用給付認定（変更）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。

以上のことに同意し、次のとおり施設等利用給付に係る認定（変更）を申請します。

				認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日	
申請者	保護者①				保護者②		
	フリガナ		申請児童との続柄		フリガナ		申請児童との続柄
	氏名（自署）				氏名		
	住所	〒 多可郡多可町		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	②		
				父携帯・母携帯・自宅・その他（ ）			父携帯・母携帯・自宅・その他（ ）
申請児童	フリガナ			生年月日		年齢（令和8年4月1日現在）	性別
	氏名			令和 年 月 日		歳	男 ・ 女
認定種別	☐ 【第1号】認定希望日時時点で満3歳に達している子どもで、従来制度幼稚園（教育部分）のみ利用を希望 ☐ 【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 ☐ 【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						
	上記「認定種別」が【第2号、第3号】の方は、該当する□にレ点を付けてください。						
	保育を必要とする理由 (続柄) 父・母・その他（ ） ☐ 就労 ☐ 妊娠出産 ☐ 疾病障害等 ☐ 介護看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動等 ☐ 就学 ☐ その他（ ） (続柄) 父・母・その他（ ） ☐ 就労 ☐ 妊娠出産 ☐ 疾病障害等 ☐ 介護看護 ☐ 災害復旧 ☐ 求職活動等 ☐ 就学 ☐ 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ください。

認定希望日の前年1月1日現在の住所※2	(父親)		(母親)	
		☐ 現住所と同じ		☐ 現住所と同じ
認定希望日の前々年1月1日現在の住所※3	(父親)		(母親)	
		☐ 現住所と同じ		☐ 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ください。

申請児童を除く同居者を全員記入してください。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	申請児童との続柄	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			年 月 日		☐ 有
	2			年 月 日		☐ 有
	3			年 月 日		☐ 有
	4			年 月 日		☐ 有
	5			年 月 日		☐ 有
	6			年 月 日		☐ 有

<必ず裏面も記入してください>

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

①幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する（予定含む）方は記入してください。

フリガナ		所在地	〒 ー TEL ()
施設名		利用開始(予定)日	年 月 日

②認可外保育施設、一時預かり事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業等）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
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 ー TEL: ー ー	年 月 日

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ください。

* 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	☐ 居宅外労働 ☐ 自 営 ⇒ <table><tr><td>☐ 自宅</td><td>☐ 中心者</td></tr><tr><td>☐ 自宅以外</td><td>☐ 協力者</td></tr></table> ☐ 内職 ☐ その他： ()	☐ 自宅	☐ 中心者	☐ 自宅以外	☐ 協力者	☐ 居宅外労働 ☐ 自 営 ⇒ <table><tr><td>☐ 自宅</td><td>☐ 中心者</td></tr><tr><td>☐ 自宅以外</td><td>☐ 協力者</td></tr></table> ☐ 内職 ☐ その他： ()	☐ 自宅	☐ 中心者	☐ 自宅以外	☐ 協力者
	☐ 自宅	☐ 中心者									
☐ 自宅以外	☐ 協力者										
☐ 自宅	☐ 中心者										
☐ 自宅以外	☐ 協力者										
	通 勤 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。)								
妊 娠 ・ 出 産 (申 請 時 点)	☐ 無 ☐ 有 ⇒ (予定日) 年 月 日										
疾 病 障 害 等	(疾病・障害名) (手帳交付) ☐ 有 ☐ 無	(疾病・障害名) (手帳交付) ☐ 有 ☐ 無									
介 護 ・ 看 護	被介護者名	(申請児童との続柄：)									
	傷病・障害名										
	受診等の状況	☐ 入院中 通院(月・週 回) ☐ 通所・通学(週 回) 施設名()	☐ 入院中 通院(月・週 回) ☐ 通所・通学(週 回) 施設名()								
災 害 復 旧	災害の状況：										
求 職 活 動 等	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	☐ 卒業後就労するため ☐ その他()	☐ 卒業後就労するため ☐ 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										