

子育てのための施設等利用給付認定申請書 **新規・変更**  
 （第2号又は第3号）

（宛先）大田区長

【申請に当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区市町村住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その他施設における給食費の徴収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。
- 施設等利用費は、区市町村が認めた場合は、申請者に代わり、利用する施設・事業者が受領する場合があります。
- 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。
- 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59条の2に規定する事業（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、保護者の就労、疾病その他の理由により、幼稚園・認定こども園・特別支援学校（預かり保育事業も利用する（※1））、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（以下「認可外保育施設等」という。）の施設等利用給付認定を希望するので、子ども・子育て支援法第30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。

※1 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する預かり保育事業が、①平日、教育時間を含み提供時間が8時間未満又は②年間開所日数200日未満のいずれかの要件に該当する場合に利用可能な認可外保育施設を含みます。

保育の必要性を記入してください。

申請日	令和3年3月1日	認定希望日（施設利用開始日）	令和3年4月1日
フリガナ	オオタ タロウ	フリガナ	父
氏名	大田 太郎	申請 子ども との続柄	父
現住所	（郵便番号 144-0000） 大田区蒲田五丁目13番14号		
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	000-1234-5678	②	000-5678-1234
③	00-1234-4321		
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） <input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他（ ） <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <input type="checkbox"/> 介護 看護等 <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） <input checked="" type="checkbox"/> 父・母・その他（ ） <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 障害等 <input type="checkbox"/> 介護 看護等 <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（ ）		
令和2年1月1日現在の住所 ※2	（母親）	長野県東御市和6733番地1	（父親） <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
令和3年1月1日現在の住所 ※2	（母親）		（父親） <input type="checkbox"/> 現住所と同じ
変更内容 （変更申請の場合に記入）	変更前		変更後

※2 次の場合は、記入した住所地の区市町村で発行される区市町村住民税所得割額が分かる証明書（課税証明書など）を添付してください。  
 ・令和2年1月1日現在の住所が大田区外で、令和2年9月から翌年8月までの間に認可外保育施設等を利用する場合：令和2年度分  
 ・令和3年1月1日現在の住所が大田区外で、令和3年9月から翌年8月までの間に認可外保育施設等を利用する場合：令和3年度分  
 ただし、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している者を除く

認定申請子ども及び同居者全員の状況記入してください。

※申請子ども認定種別 認定希望日時点で満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）  
 認定希望日時点で満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）

申請子どもの保護者及び同居者	フリガナ 氏名	申請子ども 認定種別	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	オオタ タロウ 大田 太郎		父	昭和63年1月1日	株式会社〇〇	<input type="checkbox"/> 有
2	オオタ ハナコ 大田 花子		母	平成2年1月1日	株式会社△△	<input type="checkbox"/> 有
3	オオタ ソラ 大田 空		兄	平成24年1月1日	××小学校	<input type="checkbox"/> 有
4	オオタ カイ 大田 海	2号	本人	平成28年1月1日	〇〇保育園	<input type="checkbox"/> 有
5	ハネタ ウメコ 羽田 梅子		祖母	昭和39年1月1日	株式会社◇◇	<input type="checkbox"/> 有
6						<input type="checkbox"/> 有

<必ず裏面も記入してください。>

(裏)

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

フリガナ		所在地	(郵便番号 - ) 電話番号 ( )
施設名		利用開始予定日	年 月 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(予定を含む。)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
シカクシカクホイクエン 〇〇保育園	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	(郵便番号144-0000) 大田区蒲田〇-〇-〇 電話番号 03 ( 5744 ) 0000	令和3年 4月 1日
マルマルビョウジホイクシツ 〇〇病児保育室	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	(郵便番号144-0000) 大田区蒲田〇-〇-〇 電話番号 03 ( 0000 ) 0000	令和3年 4月 1日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	(郵便番号 - ) 電話番号 ( )	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	(郵便番号 - ) 電話番号 ( )	年 月 日

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 checked="" type="checkbox"/> 外勤 <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"/> 外勤 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 60 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 90 分 (往復時間を記入してください。)
妊娠・出産 (申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 令和3年 6月 15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	妊産・出産の有無を記入してください (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"/> 入院中 通院(月・週 回)	
	<input type="checkbox"/> 通所・通学(週 回) 施設名 ( )	<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	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 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月
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	

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付してください。)

1 居宅外で就労されている方 (予定を含む。)	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けてください。)
自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む。)の場合	就労状況申告書、自営の証明書類の写し(確定申告書、営業許可証、開業届等)
2 妊娠及び出産予定の方	母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ)
3 保護者が学校に在学中の方	在学証明書(入学予定の場合は合格通知等)
4 保護者が病気の方	診断書
5 保護者が障害をお持ちの方	障害による手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書
6 保護者が介護・看護している方	介護・看護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等)
7 保護者が求職中の方	求職活動状況申立書