

新2・3号認定

様式第15号の3（第14条の2関係）

大和町

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

令和 ○年 ○月 ○日

記入例

認定申請書(法第30条の4第2号・第3号)

- ※記入前にお読みください。
※修正がある場合は二重線で訂正してください。

この書類に基づき、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・事業者に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。
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、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、当該事業に利用する保護者氏名をご記入ください。①平日、教育時間を含み提供時間が8時間未満または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

Application form with fields for guardian (大和 太郎), child (大和 花子), and reasons for care. Includes checkboxes for employment, pregnancy, illness, etc.

新3号認定は（第3号）市町村民税非課税に該当しない場合、選択できません。

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。

Form for previous residence information, including fields for mother and father.

2.3. 現住所と異なる場合は同居者を全員記入して下さい。該当する場合は必ずご記入ください。課税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）を添付して下さい。場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

Table for listing family members (guardians and co-residents) with columns for name, relationship, birth date, and employment status.

<必ず裏面も記入して下さい>

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚園部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

フリガナ	〇〇〇ヨウチエン	所在地	〒 234 - 5678 市 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
施設名	〇〇〇幼稚園		大和町〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇番地の1
		利用開始予定日	令和 8 年 〇 月 1 日

認可外保育施設、一時預かり事業、病

年度当初からの利用を予定している場合は、「4月1日」とご記入ください。
(入園式から4月1日以降にあたって、4月からの新入園児として利用開始の場合は4月1日からとなります。)

フリガナ 施設名		始予定日	年 月 日
	病児保育・子育て援助活動	TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	TEL: - -	年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・子育て援助活動	TEL: - -	年 月 日

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

		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 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○をつけて下さい。 通勤時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通勤時間 約 30 分 (往復時間を記入して下さい。)		
	前年1月1日以降の転職	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: 有会社〇〇〇 就労期間: 令和〇年〇月 から 令和〇年〇月 ② 就労先名: 就労期間: から	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: 就労期間: から ② 就労先名: 就労期間: から		
妊娠・出産(申請時点)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 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 傷病・障害名	(申請子どもとの続柄:)	(申請子どもとの続柄:)		
	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: ハローワークで求人閲覧、応募、面接	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○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。)	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○をつけて下さい。 通学時間 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		
	卒業後の予定	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労	(就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 日、1日 時間就労		
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下さい)

1 居宅外で就労されている方(予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合	就労証明書(就労内定の場合はその証明を受けて下さい) ・保育を必要とすることの申告書
2 出産前後の方(出産前8週間・後8週間に限る)	・保育を必要とすることの申告書 ・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	・保育を必要とすることの申告書 ・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	・保育を必要とすることの申告書・診断書
5 保護者が障害をお持ちの方	・保育を必要とすることの申告書 ・診断書の原本または写し ・身体障害者手帳の写し ・療育手帳の写し ・精神障害者保健福祉手帳の写し ・障害年金の受給が確認できる書類の写し
6 保護者が介護している方	・保育を必要とすることの申告書 ・診断書の原本または写し ・身体障害者手帳の写し ・療育手帳の写し ・精神障害者保健福祉手帳の写し ・障害年金の受給が確認できる書類の写し ・介護保険被保険者証の写し ・特別児童扶養手当証書の写し(兄弟姉妹が対象の場合のみ)
7 保護者が求職中の方	・保育を必要とすることの申告書
8 認可外保育施設の利用を希望される方	・保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書