

記入例(2号・3号用)

様式第12号(第16条関係)

施設等利用給付認定(変更)申請書

R〇〇年〇〇月〇〇日

あきる野市長 殿

提出日を記入

あきる野市福祉事務所長 殿

保護者氏名

印

次のとおり、施設等利用給付認定を申請します。

世帯主を記入

フリガナ	アキルノ タロウ	生年月日	H〇〇年〇〇月〇〇日
申請に係る児童氏名	あきる野 太郎	個人番号	000000000000
保護者居住地・電話番号	〒19〇-〇〇〇〇 あきる野市〇〇 〇丁目〇〇番地〇〇 (あきる野パレス〇〇〇号) ・自宅 〇〇〇-〇〇〇〇 母携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 父携帯 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
認定証番号	・子どものための教育・保育給付に係る認定を受けている場合は、記入してください。		
保育の利用の希望の有無(※)	有：保護者の労働又は疾病等の理由により、認定こども園等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む。) 無：幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く。)		

※「認定こども園等」とは、認定こども園、教育・保育給付の対象となる私立幼稚園及び特別支援学校幼稚部(特別支援学校に併設する)を指し、事業並びにファミリーサポートセンター事業等による保育施設を指す。また、「幼稚園等」とは、特別支援学校幼稚部(特別支援学校に併設する)を指す。また、「有」に〇を付けて記入してください。(記入上の注意事項) 該当するものを〇で印し、該当する口にレ印を付け、必要事項を記入してください。

世帯分離、二世帯住宅、同一敷地内に住む祖父母、叔父、叔母、親族等、婚姻関係のない同居人、生活実態のある方等すべて記入してください。

①家庭の状況

	フリガナ	児童との続柄	生年月日	12桁の個人番号を記入してください。	
	氏名		個人番号		
保護者	アキルノ イチロウ	父	S〇〇年〇〇月〇〇日	000000000000	会社員
	あきる野 一郎				
保護者	アキルノ ハナコ	母	S〇〇年〇〇月〇〇日	000000000000	パート
	あきる野 花子				
他の同居の家族	アキルノ ハナ	姉	H〇〇年〇〇月〇〇日	000000000000	小学校1年生
	あきる野 花				
他の同居の家族	アキルノ ジロウ	兄	H〇〇年〇〇月〇〇日	000000000000	〇〇幼稚園年長
	あきる野 二郎				
他の同居の家族	アキルノ タロウ	本人	H〇〇年〇〇月〇〇日	000000000000	本人
	あきる野 太郎				
他の同居の家族	アキルノ ミドリ	叔母	S〇〇年〇〇月〇〇日	000000000000	会社員
	あきる野 緑				
他の同居の家族	トウキョウ ケイ	同居人	S〇〇年〇〇月〇〇日	000000000000	会社員
	東京 恵				
家庭の状況	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外				

該当者は、チェックを入れてください

希望を記入してください。認定結果によっては希望通りにならない場合があります。

保 利 必 ず の 理 由	父	<input checked="" type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（	事由	備考
	母	<input checked="" type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・負傷 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他（		
利用希望曜日	月、火、水、木、金			
利用希望時間	〇〇時 〇〇分から 〇〇時 〇〇分まで			

注) 産前産後要件で申請した場合は、期間限定の入所になります。
 注) 求職要件で申請した場合は、入所月を含む3か月間の限定です。
 期限までに勤務証明書が提出されれば入所継続できます。

③利用を希望する期間、施設（事業者）名等

利用を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで	
利用を希望する施設（事業者）名及びサービスの種類	〇〇幼稚園	<input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポート <input type="checkbox"/> 認可外 <input type="checkbox"/> 一時預かり <input type="checkbox"/> 病児保育 <input type="checkbox"/> ファミリーサポート

希望する保育施設等を記入してください。

認可外保育施設、一時預かり、病児保育、ファミリーサポートセンターの利用を希望する方は、該当箇所にチェックしてください。

1 自宅で保育している。	保育者 氏名 _____
2 個人に預けている。	預け先 住所 _____ 氏名 _____ 関係 _____ 費用の有無 有 ・ 無
3 職場に連れて行く。	保育施設の有無 有 (名称 _____) ・ 無
4 幼稚園、認証保育所等に入所している。	名称 _____ (年 月 日入所)

⑤申請に当たっての同意欄

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条の規定により、施設等利用給付認定の審査並びに申請者及び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又は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の規定により、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月の利用開始の場合は、認定事務が集中し審査等に日時を要するため、申請年月日にかかわらず、子ども・子育て支援法第30条第1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、施設等利用給付認定を受けることができません。以上のご本人それぞれ署名してください。

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 利用開始希望年月日現在で、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、施設等利用給付認定を受けることができません。以上のことに同意します。

保護者氏名 **あきる野 一郎** ㊞ 保護者氏名 **あきる野 花子** ㊞

(注) 令和元年9月30日までは、「子ども・子育て支援法」とあるのは、「子ども・子育て支援法の一部を改正する法律（令和元年法律第7号）による改正後の子ども・子育て支援法」と読み替えます。

⑥父母の状況

区分	母の状況	父の状況	
就労状況	就労形態	常勤 パート アルバイト 自営中心者 自営協力者 内職 派遣 契約 就職内定 その他 ()	常勤 パート アルバイト 自営中心者 自営協力者 内職 派遣 契約 就職内定 その他 ()
	勤務先名称	あきる野ショッピングセンター	あきる野小学校
	勤務場所	あきる野市〇〇 〇丁目〇〇番地	あきる野市〇〇 〇丁目〇〇番地
	勤務先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	通勤手段及び時間	徒歩・ 自転車 バス・自動車・電車 その他 () 通勤時間：約 10 分	徒歩・自転車・ バス ・自動車・ 電車 その他 () 通勤時間：約 30 分
	採用(開業)年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇年〇〇月〇〇日
	就労時間等	9時00分 ~ 15時00分 1日平均 6時間 ・週平均 4日間 月平均 16日間 ・休日 金・土・日 曜日	8時00分 ~ 17時00分 1日平均 9時間 ・週平均 5日間 月平均 20日間 ・休日 土・日 曜日
	仕事の内容	接客、レジ	教員
	平均月収(税込み)	80,000円	400,000円
	産休期間	年 月 日～ 年 月 日	
育休期間	年 月 日～ 年 月 日 (□母・□父)		
妊娠・出産	出産(予定)日 年 月 日		
就労以外の状況	疾病・負傷	病名 () 年 月 日 治療予定 ()	
	障害	障害名 () 手帳有 () (度) ・ 無	
	介護・看護	氏名・続柄 () 年 月から 病名 () 自宅・入院中・通院・その他 () 毎日・週 日 時 分～ 時 分	
	在学・職業訓練	学校名 () 年 月入学 入学 年 月終了予定 受講日 週 日 受講日 週 日 時 分 時 分 就学・職業訓練・その他 () 就学・職業訓練・その他 ()	
	その他	死亡・離婚・未婚・行方不明・拘禁 その他 () 年 月から 養育費：有 (月額 円) ・ 無	

就労(勤務証明書)要件以外の方は、要件に合わせた書類が必要になります。母子手帳の写し、診断書、手帳の写し、介護・看護スケジュール、介護保険証の写し、在学証明書、時間割表など。

該当者は、○で囲んでください。

⑦施設記載欄（施設（事業者）を経由してあきる野市に提出する場合）

記入の必要はありません。