

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書

豊見城市長 殿

令和 ○ 年 □ 月 × 日

裏面の同意事項に同意し、保護者の  
り事業、病児保育事業、子育て援助活  
利用給付に係る認定を申請します。

施設の利用前に認定申請を行うことを基本としているため、利  
用開始後に認定申請があった場合は、認定開始日をさかのぼる  
ことはできませんのでご注意ください。

する)、認可外保育施設、一時預か  
の規定に基づき、次のとおり施設等

			認定希望日(施設利用開始日)	令和 ○ 年 □ 月 × 日
保護者	フリガナ	ムショウカ タロウ	現住所	〒901-0292 豊見城市宜保一丁目1番地1 @アパート101
	氏 名	無償化 たろう		
	生年月日	○ S・H ○年 □月 ×日		
子ども申請	フリガナ	ムショウカ タイヨウ	現住所が市外の場合 市内転入後の住所	
	氏 名	無償化 太陽		
	生年月日	○ H・R ○年 □月 ×日	連絡先 (優先順)	①090-○○○○-●●●●(続柄:父) ②080-○○○○-●●●●(続柄:母)
	個人番号	■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■		
保育を必要とする事由	(続柄) 父	<input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就業困難	保育を必要とする事由を証明する書類を添付してください。 詳しくは案内冊子等をご確認ください。	
	(続柄) 母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病障害 <input type="checkbox"/> 介護看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input checked="" type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就業困難		

認定種別	<input type="checkbox"/> (新1号)申請子どもは、満3歳以上の小学校就学前子どもであって、新2号・新3号認定子ども以外	左記で第3号に該当し、市民税非課税に該当する場合は、下の□にレ点を付けてください。
	<input checked="" type="checkbox"/> (新2号)申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以降の最初の3月31日を経過している	
	<input type="checkbox"/> (新3号)申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある	

上記「認定種別」が(第1号、第3号)に該当する場合に記載して下さい。

令和○年1月1日時点 の居住市町村	(続柄) 父	<input checked="" type="checkbox"/> 現居住地と同じ	(続柄) 母	<input checked="" type="checkbox"/> 現居住地と同じ
令和□年1月1日時点 の居住市町村	(続柄) 父	<input type="checkbox"/> 現居住地と同じ ●●県 ■■市	(続柄) 母	<input checked="" type="checkbox"/> 現居住地と同じ

市外に住所があった方で、個人番号(マイナンバー)照会にて情報の取得ができない場合に、令和○年度又は令和□年度若しくはその両方の市町村民税所得課税証明書の提出を求める場合があります。

保護者及び子どもと同居している方全員を記入してください。  
父母は個人番号を記入してください。世帯状況により同居の祖父母の個人番号が必要となる場合があります。

申請子ども(申請子ども以外の同居者)	氏名	申請子どもとの続柄	生年月日	居住状況	勤務先又は学校名	世帯状況
			個人番号			
	無償化 たろう	父	平成 ○ 年 □ 月 × 日	同・別	○○○	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親に準ずる世帯 <input type="checkbox"/> 里親世帯等 <input type="checkbox"/> 保護者の一方が市外在住の世帯  ※該当がある場合は別途書類の提出が必要となります。
	無償化 花子	母	平成 ○ 年 × 月 □ 日			
	無償化 陽太	兄	令和 ○ 年 □ 月 × 日	同居	○○こども園	
	無償化 とみ子	祖母	昭和 ○ 年 □ 月 × 日			
		年 月 日	同居			

利用する(予定含む)施設を記入して下さい。

フリガナ 施設名	施設・事業の種別	所在市町村	利用開始(予定)日
○○こどもえん	<input type="checkbox"/> 未移行幼稚園等 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設等 <input checked="" type="checkbox"/> 預かり保育事業(認定こども園・幼稚園等)	豊見城市	令和○年□月×日
○○こども園			
	<input type="checkbox"/> 未移行幼稚園等 <input type="checkbox"/> 認可外保育施設等 <input type="checkbox"/> 預かり保育事業(認定こども園・幼稚園等)		令和 年 月 日

※未移行幼稚園等…未移行幼稚園、特別支援学校幼稚園部の教育利用及び預かり保育  
※認可外保育施設等…認可外保育施設、一時預かり保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業