

申請者の方へ この書類にはマイナンバーを記載するほか、マイナンバーの確認書類の添付が必要ですので、書類を施設に必ず封入・封緘し、封筒に氏名を記入して提出して下さい。

記入例

令和元年〇月〇日

# 子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書(法第30条の4第2号・第3号)

盛岡市長 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に当たって、官公署に対し必要な世帯情報や課税情報等の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・事業者に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、幼稚園(子どものための教育・保育給付の対象ではない私立幼稚園や国立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、申請します。なお、幼稚園や特別支援学校の預かり保育事業(※1)も併せて利用します。

無償化の開始日である10月1日としてください。

※1. 預かり保育事業には、幼稚園等が実施する預かり保育事業のほか、預かり事業が①平日、教育時間を含み提供時間数が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可能な認可外保育施設を含みます。

以下の枠内に記入してください

		認定希望日(施設利用開始日)		令和元年 10月 1日	
保護者	フリガナ	モリオカ タロウ		申請子どもとの続柄	父
	氏名	盛岡 太郎		居住地	〒 020 - 0884 盛岡市神明町3-29
		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。		生年月日	昭和 58年 〇月 〇日
		① 090-****-****	② 080-****-****	個人番号(マイナンバー)	1234****5678
子ども申請	フリガナ	モリオカ ハナコ		現住所	〒 -
	氏名	盛岡 花子		生年月日	平成 28年 〇月 〇日
認定種別	<input checked="" type="checkbox"/> 申請子どもは、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) <input type="checkbox"/> 申請子どもは、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)				左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税に該当
保育を必要とする理由	該当する□(いずれか一つ)にレ点を付けて下さい。 (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"/> 0歳児から2歳児(満3歳を迎えた次の4月1日まで)のお子さんは無償化の対象外ですが、市民税非課税世帯に該当する場合は3号認定での申請が可能です。 (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 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動等 <input type="checkbox"/> 就学 <input checked="" type="checkbox"/> その他(育児休業中)				

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に

保育を必要とする理由は、複数該当する場合であってもいずれか一つのチェックで構いません。チェックした事由について、裏面に状況を記入する欄があります。

認定希望日の前年1月1日現在の住所 ※2	(母親)	<input type="checkbox"/> 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	(母親)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ
	(父親)	<input type="checkbox"/> 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)を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。※個人番号は、上記「認定種別」が(第3号)の場合に、父母及び生計の中心者のみ記入して下さい。

(生計の中心者の番号に○を付けて下さい)	フリガナ	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	モリオカ タロウ 盛岡 太郎	父	個人番号 大正 昭和 平成 令和 58年 〇月 〇日	〇〇株式会社
2	モリオカ ツキコ 盛岡 月子	母	個人番号 大正 昭和 平成 令和 59年 〇月 〇日	〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 有
3	モリオカ カスヤ 盛岡 一也	弟	個人番号 大正 昭和 平成 令和 31年 〇月 〇日		<input checked="" type="checkbox"/> 有
4			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
5			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
6			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
7			個人番号 大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有

ここでの個人番号の記入は3号認定の申請を行う場合のみです。

<必ず裏面も記入して下さい>

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

フリガナ 施設名	〇〇ヨウチエン 〇〇幼稚園	所在地	〒020-8530 TEL 019(651)4111 盛岡市内丸12-2
		利用開始予定日	令和元 年 10 月 1 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)

無償化の開始日である10月1日としてください。

フリガナ 施設名	利用するサービスの種類	所在地	TEL	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 -	- -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 -	- -	年 月 日
	認可外・一時預かり 病児保育・子育て援助活動	〒 -	- -	年 月 日

表面でチェックした「保育の必要性の事由」について、区分に応じて記載してください。複数の事由が該当する場合でも、記入するのは表面でチェックしていただいた区分のみで構いません

表面で選択した「保育を必要とする理由」の区分に応じて詳細を記入してください。  
※添付書類が必要です。詳しくは別に配布しているお知らせをご覧ください。

		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: ( )
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	(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	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:		災害の状況:
求 職 活 動 等	活動の内容:		活動の内容:
就 学	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	下の子ども(盛岡一也)について、令和2年〇月〇日まで育児休業を取得中。	保育を行うことが困難と認められる内容

職員記入欄 ※申請者は記入不要です。

番号確認書類	身元確認 (1点)	身元確認 (2点)	確認者
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(表裏両面) <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 運転免許証, 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード, 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 住民票等の写し <input type="checkbox"/> その他 ( )	   月 日