

子育てのための施設等利用給付(保育)認定・変更申請書

(宛先) 鎌倉市長

【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及び申請者や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。
- 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。
- 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、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。

保護者	フリガナ			申請 子ども との続柄			居住地	〒 _____		
	氏名			印			現住所が市外の場合 市内転入後の住所	〒 _____		
	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	年 月 日	
	①	父携帯 父勤務先 自宅・その他 ()	母携帯 母勤務先	②	父携帯 父勤務先 自宅・その他 ()	母携帯 母勤務先	個人番号 (マイナンバー)			
子ども 申請	フリガナ			現住所 申請者と異なる 場合のみ記載			〒	_____		
	氏名			生年月日			年 月 日			
保育を必要とする理由	該当する□にレ点を付けて下さい。									
	(子から見た続柄) 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 type="checkbox"/> その他 ()									
(子から見た続柄) 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 type="checkbox"/> その他 ()										

同居者を全員記入して下さい。※個人番号欄は、上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に、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 氏名	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		個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	2		個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
	3		個人番号	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		<input 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

<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		所在地	〒 _____ 市 _____ ()
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(予定含む)方は記入して下さい。

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
	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
	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 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。
	前年1月1日以降の転職	通勤時間	約 _____ 分 (往復時間を記入して下さい。)	通勤時間	約 _____ 分 (往復時間を記入して下さい。)
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: _____ ① 就労期間: _____ から _____ 就労先名: _____ ② 就労期間: _____ から _____	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 就労先名: _____ ① 就労期間: _____ から _____ 就労先名: _____ ② 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	(申請子どもとの続柄: _____)		(申請子どもとの続柄: _____)	
	傷病・障害名				
災害復旧	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 (_____)	
	災害の状況	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○をつけて下さい。	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。)	通学時間	約 _____ 分 (往復時間を記入して下さい。)
	就学目的	<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			(就労日数・時間) _____ <input type="checkbox"/> 週 _____ 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		

*添付書類は別紙を参照してください。