

子育てのための施設等利用給付認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 桶川市長

住所	_____
保護者 氏名	_____
電話(自宅)	_____
携帯電話(父)	_____
携帯電話(母)	_____

次のとおり、子育てのための施設等利用給付に係る認定を申請します。

フリガナ 児童氏名		性別 男・女	生年月日 平成 令和 年 月 日
入園施設名 (施設所在市町村名)	()	個人番号	認定希望日 令和 年 月 日
入園施設形態	幼稚園 ・ 認定こども園(幼稚園部分) ・ 認可外保育施設(ベビーシッターを含む)等		
保育の希望の有無	有	保護者の労働などの理由により、幼稚園等の利用に加えて預かり保育の利用を希望する場合 又は、保護者の労働などの理由により、認可外保育施設(ベビーシッターを含む)等の利用を希望する場合 →①～③及び裏面を記入	
	無	預かり保育を除く、幼稚園等の利用を希望する場合 →②及び裏面を記入	

・「認可外保育施設(ベビーシッターを含む)等」とは、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いいます。

①保育の実施を必要とする理由

続柄	1 就労 2 妊娠・出産 3 疾病・障害 4 介護・看護 5 災害復旧 6 求職活動 7 就学
	8 その他()
続柄	1 就労 2 妊娠・出産 3 疾病・障害 4 介護・看護 5 災害復旧 6 求職活動 7 就学
	8 その他()

※申請児童家庭状況票と、保育を必要とすることの証明書類を添付してください。

②世帯の状況

申請児童の世帯員	フリガナ 氏名	児童との続柄	生年月日 個人番号	年齢	職業・学校・幼稚園・保育施設等	障害者手帳等の有無(※)
				・		
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無
			・			有・無

家庭状況 ひとり親家庭 単身赴任

生活保護の状況 適用あり (年 月 日 保護開始)

※身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の交付、特別児童扶養手当・障害基礎年金の受給のいずれかの有無について記入してください。

③上記入園施設に加え、認可外保育施設等を利用する(予定含む)方は、利用施設名等を記入してください。

利用施設(サービス)名		施設所在 市区町村名	市・区 町・村
		認定希望日	令和 年 月 日
施設(サービス)形態	認可外保育施設(ベビーシッター含む) ・ 一時預かり ・ 病児保育 ・ 子育て援助活動(ファミリー・サポート)		
利用施設(サービス)名		施設所在 市区町村名	市・区 町・村
		認定希望日	令和 年 月 日
施設(サービス)形態	認可外保育施設(ベビーシッター含む) ・ 一時預かり ・ 病児保育 ・ 子育て援助活動(ファミリー・サポート)		

〈裏面に続く〉