

この書類を施設に提出する時は、封入、封緘し提出してください。(封筒には児童氏名を記入してください)

# 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	生年月日
		男・女	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＞

事務  
処理欄

期間  
/  
税情報

非該当

書類

添付

1  
2  
3

# 認定申請に係るチェックシート

(重要事項確認票)

認定申請に関して、以下の確認項目の内容を確認し、チェックリストを提出してください。すべての項目に目を通していただき、左欄の□にチェック(☑)を付けてください。

確 認 事 項																									
<input type="checkbox"/>	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、当該認定に係る審査及び申請者や同居親族等の市町村民税課税状況等の確認に当たって、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。																								
<input type="checkbox"/>	<p>上記によって申請児童保護者の必要な情報が確認できなかった場合、桶川市より申請者へ所得(課税)証明書等各種必要書類の提出を依頼することがあります。</p> <p>※単身赴任等により申請児童と別居している保護者がいる場合は、氏名等を記入してください。</p> <table border="1"><thead><tr><th>フリガナ 氏 名</th><th>児童との 続柄</th><th>生年月日</th><th>年齢</th><th>職業・学校等</th><th>障害者手帳 の有無</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>有・無</td></tr></tbody></table> <p>現住所</p> <table border="1"><thead><tr><th>フリガナ 氏 名</th><th>児童との 続柄</th><th>生年月日</th><th>年齢</th><th>職業・学校等</th><th>障害者手帳 の有無</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>有・無</td></tr></tbody></table> <p>現住所</p>	フリガナ 氏 名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無						有・無	フリガナ 氏 名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無						有・無
フリガナ 氏 名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無																				
					有・無																				
フリガナ 氏 名	児童との 続柄	生年月日	年齢	職業・学校等	障害者手帳 の有無																				
					有・無																				
<input type="checkbox"/>	制度施行初年度及び新年度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。																								

以上を確認、承諾した上で、子育てのための施設等利用給付認定の申請を行います。

令和 年 月 日

署名欄 保護者氏名(自署)

保護者氏名(自署)

※ 保護者が複数いるときは、全員の署名をお願いします。