

子育てのための施設等利用給付認定申請書

表

【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文書の閲覧又は資料の提供（マイナンバーを用いた情報連携を含む）を求めることがあります。
- 副食費の実費徴収に係る補給付事業の対象者の判定にあたって必要な範囲内で、申請者や同居親族の税務情報等を閲覧及び調査することがあります。
- 申請書等に記載した内容は、施設・事業者に提供することがあります。
- 施設等利用費、副食費の実費徴収に係る補給付は、認定を受けた保護者に代わり、施設・事業者へ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、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等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。

収受印

以上のことに同意の上、次のとおり子育てのための施設等利用給付の給付認定を申請します。

厚木市長 宛		申請日	年 月 日
申請する 認定区分 該当に○	1号認定	保育の必要性なし	
	2号認定	保育の必要性あり・満3歳到達後の最初の3月31日を経過している者	
	3号認定	保育の必要性あり・満3歳到達後の最初の3月31日までの間にある者で、保護者及び同一世帯員が市民税非課税者である者	
認定期間の 希望	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 小学校就学前	表面（1～2）を記入してください。 保育の必要性等を確認するため 表・裏（1～5）を記入してください。 ※3号認定は市民税非課税世帯のみが 申請できます。	
	<input type="checkbox"/> 年 月 日 ~ <input type="checkbox"/> 年 月 日		
利用施設名 (サービス名)	利用開始 年月日	年 月 日	施設がある 市区町村
<input type="checkbox"/> 厚木市 <input type="checkbox"/> その他（市区町村名： ）			

1 申請に係る児童

フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日
児童の氏名				

2 申請者（保護者）

※連絡先は、日中連絡のつきやすい順に記入してください。 ※連絡先②も記入してください。

フリガナ	申請者の住所	〒 - 厚木市	
氏名（自署） <small>※自署でない場合、押印必要</small>			
生年月日	年 月 日	連絡先①	連絡先②
		携帯：保護者①・保護者②、自宅、その他（ ）	携帯：保護者①・保護者②、自宅、その他（ ）

※記載された保護者が、認定保護者及び郵送先の宛名となります。

3 世帯の状況（申請児童の保護者、同居の家族及び同居人） ※申請に係る児童は除く

フリガナ 氏名	申請児童 との関係	年齢	生年月日	勤務先・学校・幼稚園・保育所等の名称 及び単身赴任先、別居先住所等	障害者 手帳等* の有無
（申請者①保護者を含む）		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
（申請以外 の同居 児童を 除く）		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
		歳	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有
ひとり親世帯の場合の理由	<input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離婚前提別居 <input type="checkbox"/> 調停中 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 行方不明（届出済・未） <input type="checkbox"/> その他 事由発生 年 月 日				
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 適用有（ 年 月 日保護開始） 担当者（ ）				
昨年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 厚木市内 <input type="checkbox"/> 厚木市外（ <input type="checkbox"/> 保護者① <input type="checkbox"/> 保護者② 住所： ）				
今年1月1日の住所	<input type="checkbox"/> 厚木市内 <input type="checkbox"/> 厚木市外（ <input type="checkbox"/> 保護者① <input type="checkbox"/> 保護者② 住所： ）				

* 障害者手帳等：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特別児童扶養手当証書、国民年金の障害基礎年金受給者証

4 保護者の状況

区分	保護者①の状況	保護者②の状況
<input type="checkbox"/> 就労	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 【会社勤務】就労証明書（変則勤務の場合はシフト表を添付） 【自営業】①就労証明書 及び ②確定申告書、開業届などの写し 【内職】①就労証明書 及び ②出来高証明書などの写し 【育児休業からの復帰】①就労証明書 及び ②申立書 及び ③育児休業給付金支給決定通知*の写し	
就労状況	<input type="checkbox"/> 就労中（就労時間： 時 分 ～ 時 分） <input type="checkbox"/> 就労先決定済（就労開始日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 育児休業取得中（復職予定日： 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 就労中（就労時間： 時 分 ～ 時 分） <input type="checkbox"/> 就労先決定済（就労開始日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 育児休業取得中（復職予定日： 年 月 日）
勤務先等名		
就労日数・時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 不定期 週 日 / 1日あたり実働 時間 分	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 不定期 週 日 / 1日あたり実働 時間 分
育児休業取得状況	無 ・ 有 ・ 予定 (年 月 日 ～ 年 月 日)	無 ・ 有 ・ 予定 (年 月 日 ～ 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 出産	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 母子手帳の写し（「表紙」及び「出産予定日が記載されたページ」が必要）	
出産（予定）日	年 月 日	年 月 日
出産後の予定	<input type="checkbox"/> 就労： 年 月 日復職（予定） <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 求職活動	<input type="checkbox"/> 就労： 年 月 日復職（予定） <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 家庭保育 <input type="checkbox"/> 求職活動
<input type="checkbox"/> 疾病・障がい	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 ①申立書（疾病・負傷） 及び ②診断書** 又は 療育手帳 又は 介護保険被保険者証の写し	
病名・障がい名		
病院名		
状況	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅で常時安静 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他（ ） (期間： 年 月 日 ～ 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 自宅で常時安静 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他（ ） (期間： 年 月 日 ～ 年 月 日)
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金証書	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 障害年金証書
<input type="checkbox"/> 介護・看護	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 ①申立書（介護・看護） 及び ②診断書** 又は 療育手帳 又は 介護保険被保険者証の写し	
介護・看護の対象者	氏名 続柄	氏名 続柄
病名・障がい名		
手帳の有無	無 ・ 有 （ 級・度）	無 ・ 有 （ 級・度）
受診等状況	<input type="checkbox"/> 入院歴（ 年 月 日 ～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 通院中（ 月・週 回） <input type="checkbox"/> 通学（園）週 回（施設名： ） <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 か月間	<input type="checkbox"/> 入院歴（ 年 月 日 ～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 通院中（ 月・週 回） <input type="checkbox"/> 通学（園）週 回（施設名： ） <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 か月間
<input type="checkbox"/> 求職	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 ①申立書（求職） 及び ②求職カード等の写し（有している場合のみ）	
活動内容		
<input type="checkbox"/> 就学	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 ①在学証明書又は学生証の写し 及び ②授業時間割の写し	
就学先名		
就学期間	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日 ～ 年 月 日
就学日数・時間	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 不定期 週 日 / 1日あたり受講 時間 分	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 不定期 週 日 / 1日あたり受講 時間 分
<input type="checkbox"/> その他	→ <input type="checkbox"/> 証明書類 災証明書 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

*交付が間に合わない場合は、雇用保険被保険者証の写し

**診断書は、家庭での保育が困難な状況が記載されたものが必要

5 別施設（サービス）を併用する場合

フリガナ施設名	利用するサービスの種類 (該当に○)	所在地	利用開始（予定）日
.....	認可外保育施設・一時預かり・病児保育 ファミリーサポート・その他（ ）	〒 - TEL: - -	年 月 日
.....	認可外保育施設・一時預かり・病児保育 ファミリーサポート・その他（ ）	〒 - TEL: - -	年 月 日
.....	認可外保育施設・一時預かり・病児保育 ファミリーサポート・その他（ ）	〒 - TEL: - -	年 月 日