

# 子育てのための施設等利用給付認定申請書

## 記入例

### 【2・3号認定用】

【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。
- 情報として必要と認められる場合、保護者に代わり、特定子供の日に関わらず、最長で利用開始の給付の給付認定を申請する場合

2・3号認定(0~5歳で保育を必要とする)の方は、表と裏の両面記載してください。

厚木市長宛

申請日 令和〇年〇月〇〇日

申請する認定区分 該当に○	1号認定	保育の必要性なし			表面（1～2）を記入してください。	
	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			保育の必要性等を確認するため	
	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			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。	
認定期間の希望	<input checked="" type="checkbox"/> 令和8年4月1日 ~ <input type="checkbox"/> 小学校就学前					
利用施設名（サービス名）	〇〇〇〇保育園	利用開始年月日	令和8年4月1日	施設がある	□ 厚木市	

#### 1 申請に係る児童

※3号認定は非課税世帯であることが要件になります。

フリガナ	アツキ アユコ	性別	男(女)	生年月日	令和2年4月2日
児童の氏名	厚木 鮎子				

#### 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 氏名（自署） ※自署でない場合、押印必要	アツキ タロウ 厚木 太郎	申請者の住所	〒243-〇〇〇〇 厚木市 中町〇丁目〇〇番〇〇号	
生年月日 平成〇年〇月〇日	連絡先 ①	△△△-△△△△-△△△△△ 携帯：保護者①・保護者②、自宅、その他（ ）	連絡先 ②	□□□-□□□□-□□□□□ 携帯：保護者①・保護者②、自宅、その他（ ）

#### 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

（申請者を含む）保護者①	（申請者を含む）保護者②	（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人	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
（申請者を含む）保護者①	アツギ タロウ 厚木 太郎	（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人	父	〇〇歳	平成〇年〇月〇日		株式会社〇〇〇〇	□有
			1月1日の住所		厚木市内・厚木市外（ ）	※都道府県名・市区町村名を記入		
（申請者を含む）保護者②	アツギ アユミ 厚木 鮎美	（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人	母	〇〇歳	平成〇年〇月〇日		株式会社〇〇〇〇	□有
			1月1日の住所		厚木市内・厚木市外（ ）	※都道府県名・市区町村名を記入		
（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人	アツギ イチロウ 厚木 一郎	（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人	兄	〇〇歳	平成〇年〇月〇日			□有
	アツギ オオタロウ 厚木 大太郎		（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人	祖父	〇〇歳	昭和〇年〇月〇日		□有
	アツギ ハナコ 厚木 花子		（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人	祖母				□有
			（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人					□有
			（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人					□有
			（申請に係る児童を除く）同居家族・同居人					□有
<p>【3号認定を申請する方（子どもが0~2歳児クラス）】</p> <p>保護者それぞれの1月1日の住所地が厚木市外の方は、「課税（非課税）証明書」が必要となりますので、利用施設担当課へお問い合わせください。</p> <p>※2号認定を申請する方は、提出不要です。</p>								
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（ ） ）						

\* 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

該当する事由に✓

必要な添付書類が用意できたら✓

		保護者①の状況		保護者②の状況	
<input checked="" type="checkbox"/> 就労 →□証明書類		<small>【会社勤務】就労証明書（変則勤務の場合はシフト表も添付）            【自営業】①就労証明書 及び ②確定申告書            【内職】①就労証明書 及び ②出来高証明書            【育児休業からの復帰】①就労証明書 及び ②雇用契約書</small>			
就労状況	<input checked="" type="checkbox"/> 就労中 (就労時間：9時00分～18時00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)				
	<small>月64時間以上の就労が要件です。            ※「教育・保育2・3号認定」とは異なり、「週4日以上」の要件は不要。</small>				
勤務先等名	株式会社○○○○				
就労日数 ・時間	<input checked="" 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5日／1日あたり実働 8時間 00分				
育児休業 取得状況	無・有・予定 (年月日～年月日)				
<input type="checkbox"/> 出産 →□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		令和7年3月2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 →□証明書類	<small>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</small>				
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（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"/> 介護・看護 →□証明書類	<small>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</small>				
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：年月日） <input type="checkbox"/> 自宅療養期間 か月間				
<input type="checkbox"/> 求職 →□証明書類	<small>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）</small>				
活動内容					
<input type="checkbox"/> 就学 →□証明書類	<small>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</small>				
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"/> その他 →□証明書類	<small>り災証明書</small>				
<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（年月日～年月日）		<input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他（年月日～年月日）			

\*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
○○ピヨウジホイクシツ ○○病児保育室	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（年月日～年月日）	厚木市○○町○丁目○番○号 TEL: 046-○○○○-○○○○	令和7年4月1日
	保育施設・一時預かり・病児保育	TEL: - - -	年月日
	表面に記載した利用施設以外に、併用した施設があれば記入してください。	TEL: - - -	年月日