

○ 1 ページの保護者欄に記入した父姓どちらか一方の必要書類をこちらに貼り付けてください。

【 個人番号確認書類 の写しの貼付欄】 保護者の『マイナンバーカード』若しくは『通知カード』の写し又は『個人番号の記載された住民票の写し』をのりで貼り付けてください。 (※マイナンバーカードの場合は、 <u>マイナンバーの記載のある面の写し</u> を貼り付けてください。)
『マイナンバーカード』若しくは『通知カード』の写し又は『個人番号の記載された住民票の写し』のマイナンバーの記載がある面を貼り付けてください。

【 本人確認書類 の写しの貼付欄】 保護者の本人確認ができる書類の写しをのりで貼り付けてください。 (上記でマイナンバーカードの写しを貼り付けた方は、 <u>顔写真がある面の写し</u> を貼り付けてください。)	『本人確認書類』の写しを貼り付けてください。 顔写真無し等で本人確認書類の貼り付けが2枚必要な場合は、2枚目をこちらに張り付けてください。
---	--

○提出書類の御確認

【**新制度の幼稚園・認定こども園に入所の方**（既に教育1号認定を受けている方）】

- ☐ この申請書
☐ 上記 保育を必要とする理由 の添付書類

【**認可外保育施設・一時預かり等を利用のために初めて申請をする方**】

【**子ども子育て新制度に移行していない幼稚園に入所していて保育を必要とする理由がある方**】

- ☐ この申請書
☐ 上記 保育を必要とする理由 の添付書類
☐ 保護者の個人番号に関する書類（通知カード若しくはマイナンバーカードの写し又は個人番号の記載された住民票の写し）
☐ 保護者の身分証明書（本人確認書類）の写し（以下のいずれかを提出してください。ただし、保護者の個人番号に関する書類としてマイナンバーカードの写しを提出する場合は不要です。）
①マイナンバーカード ※表面の写しを提出してください。
②運転免許証 ③旅券（パスポート） ④身体障害者手帳
⑤療育手帳 ⑥精神障害者保健福祉手帳 ⑦在留カード ⑧特別永住者証明書

※顔写真の無い次の書類の場合は、2つ提出が必要となります。
①公的医療保険の被保険者証 ※記号・番号はマスキングしてください。
②介護保険被保険者証 ③国民年金手帳 ④児童扶養手当証書

【**認定種別：第3号 かつ 1 ページの父母の課税住所が現住所と異なる場合**】

- ☐ 「 年度非課税証明書」

【**認可外保育施設を御利用の方**】

- ☐ 保育所等利用申し込み等の不実施に係る理由書（認定参考様式その9）

この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封かんし、封筒に氏名を記入して提出してください。

様式第30号（第17条、第23条関係）

申請者の方へ この書類を施設に提出する場合は、必ず封入・封かんし、封筒に氏名を記入して提出してください。

年 月 日

子育てのための施設等利用給付認定・変更申請書（法第30条の4第2号・第3号）

古河市長 宛て

【申請に当たって同意していただく事項】 1 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又は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。 2 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。 3 子ども・子育て支援法第30条の11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。 4 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。 5 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。 6 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。）、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。

※ 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時間未満又は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。

現住所																		
保護者（父）	フリガナ											生年月日	年 月 日					
	氏名	※ 自署の場合は印は不要です。																
	日中の連絡先（電話番号）											個人番号（マイナンバー）						
保護者（母）	フリガナ											生年月日	年 月 日					
	氏名	※ 自署の場合は印は不要です。																
	日中の連絡先（電話番号）											個人番号（マイナンバー）						
子ども申請	フリガナ											生年月日	年 月 日					
	氏名																	
	認定希望日（施設利用開始日）		年 月 日				個人番号（マイナンバー）											
認定種別	☐ 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日を経過している。（第2号）											左記で第3号に該当し、市民税非課税世帯に該当する場合は、下の□にレ点を付けてください。 ☐ 市民税非課税に該当						
	☐ 申請子どもは、認定希望日時点で満3歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある。（第3号）																	

○父母の課税住所地

上記「認定種別」が第3号に該当する場合に記入してください。

認定希望日の属する年の1月1日現在の住所	(父親)	☐ 現住所と同じ。
	(母親)	☐ 現住所と同じ。
認定希望日の前年1月1日現在の住所	(父親)	☐ 現住所と同じ。
	(母親)	☐ 現住所と同じ。

※ 現住所と異なる場合は3ページを必ず確認してください。

○申請子どもの家庭の状況

父母と同じ住所に住む同居者を全員（世帯分離している人も含む。）記入してください。

（生計の中心者に○を付けてください。）	申請子どもの保護者及び同居者		フリガナ 氏名	申請子どもとの関係	生年月日		備考※	障害者手帳
		1		父	個人番号			□有り
		2		母	個人番号			□有り
		3			個人番号			□有り
					年 月 日			
		4			個人番号			□有り
					年 月 日			
		5			個人番号			□有り
					年 月 日			
		6			個人番号			□有り
年 月 日								

※ 「備考」 父母の現住所が古河市外の場合は記入してください。

○利用（予定）する施設名

特別支援学校幼稚園又は幼稚園・認定こども園（教育時間外の預かり保育）を利用する方は記入してください。

フリガナ		所在地	
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、病児保育事業又は子育て援助活動支援事業を利用する（予定含む。）方は記入してください。

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		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・		年 月 日
	認可外 ・ 一時預かり 病児保育・		年 月 日

○保育を必要とする理由

該当の理由にチェックを付けてください。

		父親の状況	母親の状況								
就労	就労 種別	☐ 居宅外労働 ☐ 自営 ⇒ <table><tr><td>☐ 自宅</td><td>☐ 中心者</td></tr><tr><td>☐ 自宅以外</td><td>☐ 協力者</td></tr></table> ☐ 内職 ☐ その他（ ）	☐ 自宅	☐ 中心者	☐ 自宅以外	☐ 協力者	☐ 居宅外労働 ☐ 自営 ⇒ <table><tr><td>☐ 自宅</td><td>☐ 中心者</td></tr><tr><td>☐ 自宅以外</td><td>☐ 協力者</td></tr></table> ☐ 内職 ☐ その他（ ）	☐ 自宅	☐ 中心者	☐ 自宅以外	☐ 協力者
	☐ 自宅	☐ 中心者									
	☐ 自宅以外	☐ 協力者									
☐ 自宅	☐ 中心者										
☐ 自宅以外	☐ 協力者										
添付書類	「就労証明書」										
妊娠・出産 (申請時点)		☐ 無し ☐ 有り ⇒ （予定日） 年 月 日									
	期間	出産前（8週間）・出産後（8週間）に限る。									
	添付書類	母子健康手帳の写し （氏名が記載された表紙の写し と 出産予定日が記載されているページの写し）									
疾病・障がい 等	（疾病・障がい名） （手帳交付） ☐ 有り ☐ 無し										
	添付書類	「医師の診断書」 又は 障害者手帳（氏名・等級記載部分の写し）									
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・障がい名										
	受診等 の状況	☐ 入院中 ☐ 通院（月・週 回） ☐ 入院中 ☐ 通院（月・週 回）									
		☐ 通所・通学（週 回） ☐ 通所・通学（週 回） 施設名（ ） 施設名（ ）									
添付書類	「介護・看護状況申告書」 及び 被介護・看護者の状態の証明 （介護保険証、障害者手帳等の写し 又は 「医師の診断書」）										
災害復旧		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：								
	添付書類	「求職活動申立書」									
就学	就学の 目的	☐ 卒業後就労するため ☐ その他（ ） ☐ 卒業後就労するため ☐ その他（ ）									
	期間	年 月 日まで 年 月 日まで									
	添付書類	在学証明書（入学予定の場合は合格通知等） と 時間割表									
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								

※ 「」 カッコが付いている書類は、利用している施設又は古河市役所で様式を取得して、御記入の上添付してください。

※ 「医師の診断書」は費用がかかります。