

記入例 2号・3号認定

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)

記入日

山口県熊毛郡田布施町長

年 月 日

この申請書は、2号・3号認定用の申請書です。

認可外保育施設や幼稚園預かり保育等を利用する場合は記入してください。

【2号認定】

子どもが3歳以上で、保育が必要な事由があり、認可外保育施設や幼稚園預かり保育を希望する方

【3号認定】

子どもが満3歳で、保育が必要な事由があり、認可外保育施設や幼稚園預かり保育を希望する非課税世帯の方

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(預かり保育事業を利用する方)、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。

※1. 預かり保育事業とは、当該幼稚園等が実施する保育時間外保育(保育時間外保育)であり、教育時間を含み提供時間数が8時間を超えないこと、かつ、保育時間外保育の提供を受ける児童の数が、当該幼稚園等の定員を超えないこと、その他、条例で定める要件に該当する場合に利用可能な事業である。

認定済で継続の方も、4/1としてください。

押印は不要です。

| | | | |
|---|---|---|--|
| 認定希望日(施設利用開始日) | | 令和7年4月1日 | |
| 保護者 | フリガナ 氏名 タブセ イチロウ 田布施 一郎 生年月日 昭和57年5月1日 | 申請 子ども との続柄 父 | 居住地 〒742-1513 田布施町大字麻郷〇〇番地〇〇 現住所が町外の場合 町内転入後の住所 |
| 日中の連絡先(電話番号) ※確実に連絡の取れる順に記入して下さい。 | | | |
| ① 090-〇〇〇〇-△△△△ | | ② 090-××××-□□□□ | |
| 子ども申請 | フリガナ 氏名 タブセ ジロウ 田布施 二郎 性別 男 | 現住所 申請者と異なる 場合のみ記載 生年月日 令和2年9月1日 | 子のマイナナンバーを 記入してください。 個人番号 (マイナナンバー) XXXXXXXXXXXX |
| 【2号】認定希望日がある年度の4/1時点で3～5歳の子ども 【3号】認定希望日時点で満3歳の子ども(非課税世帯) | | 必要に応じ、児童係が算定対象となる方(主に両親)の個人番号連携による所得情報等の確認を行うことに対する、同意の署名となります。 (保護者氏名) 田布施 一郎 | |
| 認定種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) | | |
| 保育を必要とする理由 | 該当する□にレ点を付けて下さい。 父(母)ともに、いずれかに✓し、裏面も記入してください。また、添付書類も提出してください。 | | |

上記「認定種別」が(第3号)に該当する場合に記入して下さい。

| | | |
|------------------------------|------|------|
| 認定希望日の 前年1月1日現在の住所 ※2 | (母親) | (父親) |
| 認定希望日の 前々年1月1日現在の住所 ※3 | (母親) | (父親) |

※2.3. 現住所と異なる場合は、記入した住所地の市町村で発行される前年(前々年)1月1日を賦課年度とする市町村民税所得割額がわかる証明書(課税証明書など)を添付して下さい。

同居者を全員記入して下さい。

それぞれマイナナンバーを
記入してください。

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|---------------|-------------|--------------|---------|----------------------------|
| (生計の中心者の番号に○を付けて下さい) | フリガナ 氏名 | 申請子ども との続柄 | 生年月日 | 個人番号 | 住所 | 要介護認定又は 障害者手帳 |
| | ① タブセ イチロウ 田布施 一郎 | 父 | 57年 4月 1日 | XXXXXXXXXXXX | 〇〇株式会社 | <input type="checkbox"/> 有 |
| | 2 タブセ ウメコ 田布施 梅子 | 母 | 58年 10月 10日 | XXXXXXXXXXXX | (有) △△△ | <input type="checkbox"/> 有 |
| | 3 タブセ ハナ 田布施 はな | 姉 | 25年 12月 12日 | XXXXXXXXXXXX | □□小学校 | <input type="checkbox"/> 有 |
| | 4 | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 有 |
| | 5 | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 有 |
| | 6 | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 有 |
| 7 | | | 年 月 日 | | | <input type="checkbox"/> 有 |

R8.4.1時点で、同住所地にお住まいの方全員を記入してください。両親の別居等はこちらでご報告ください。

<必ず裏面も記入して下さい>

幼稚園・認定こども園・特別支援学校幼稚部を利用する(予定含む)方は記入して下さい。

| | | | |
|------|-----------|---------------|--------------------------------|
| フリガナ | イチジクヨウチエン | 所在地 | 〒742 ー 1517 番 0820 (52) ×××× |
| 施設名 | いちじく幼稚園 | 田布施町中央南〇〇番地△△ | |
| | | 令和7年4月1日 | |

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等

幼稚園の場合は上段、
認可外保育施設等は下段にご記入ください。

| フリガナ 施設名 | 利用するサービスの種類 | 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・子育て援助活動 | 年 月 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・子育て援助活動 | 年 月 日 |

保育を必要とする理由に応じて記入して下さい。

該当する事由の箇所のみ記入してください。

| | | 母親の状況 | 父親の状況 |
|-----------------|---------------------|---|---|
| 就 労 | 就労 種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 () | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅外労働 <input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> 内職 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 通勤手段・時間 | 通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車 その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 60 分 (往復時間を記入して下さい。) | 通勤手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車 その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通勤時間 約 30 分 (往復時間を記入して下さい。) |
| | 前年1月 1日以降 の転職 | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ① 就労先名: から 就労期間: から ② 就労先名: から 就労期間: から |
| | 妊娠・出産 (申請時点) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (予定日) 年 月 日 | |
| 疾病・障害 等 | | (疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | (疾病・障害名) (手帳交付) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 介 護 ・ 看 護 | | 被介護者名 (申請子どもとの続柄:) 傷病・障害名 () 入院中 通院(月・週 回) 通所・通学(週 回) 施設名 () | 被介護者名 (申請子どもとの続柄:) 傷病・障害名 () 入院中 通院(月・週 回) 通所・通学(週 回) 施設名 () |
| 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: |
| 就 学 | 通学手段・時間 | 通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。) | 通学手段 徒歩・自転車・バス・自動車・電車・その他 () ※複数手段がある場合は全てに○をつけて下さい。 通学時間 約 分 (往復時間を記入して下さい。) |
| | 就学 の 目的 | <input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 卒業後就労するため <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 期間 | 年 月 日まで | 年 月 日まで |
| 卒業後の 予定 | | (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月 | (就労日数・時間) <input type="checkbox"/> 週 日、1日 時間就労 <input type="checkbox"/> 月 |
| 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 |

添付書類 (以下の中から該当する書類を添付して下さい)

| | |
|--|---|
| 1 居宅外で就労されている方 (予定を含む) 自営(自宅外自営、親族経営等の自営を含む)の場合 | 就労証明書(勤務内定の場合はその証明を受けて下さい) 就労証明書と確定申告書の写し |
| 2 出産前後の方 (出産前2ヶ月・後3ヶ月に限る) | 保育を必要とする申立書と母子健康手帳の写し(氏名と出産予定日が記載されているページ) |
| 3 学校に在学中の方 | 保育を必要とする申立書と学生証、在学証明書等(入学予定の場合は合格通知等) |
| 4 病気または障がいをお持ちの方 | 保育を必要とする申立書 障害による手帳等の交付を受けている方…身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の写し 交付を受けていない方…診断書 |
| 5 親族を介護又は看護している方 | 保育を必要とする申立書と介護が必要であることがわかる書類(診断書、介護保険証の写し等) |
| 6 求職中の方 | 求職活動申立書 |
| 7 震災、風水害、火災その他の災害の復旧にあたる方 | 保育を必要とする申立書と罹災証明書 |
| 8 上記に類する場合で町長が特に認める場合 | 保育を必要とする申立書 |