

(表)

記入例

子育てのための施設等利用給付 認定 (変更) 申請書

文京区長 殿

次のとおり施設等利用給付に係る認定を申請します。
 なお、認定に必要な個人情報(同一世帯)が間違えた場合は、二重線で訂正し、訂正した情報に基づき決定した認定情報を必要と認められる場合に施設・事業者へ提供してください。

〒 112 - 0011 東京都 文京区 ~~大塚~~ 春日1丁目 16番 21号 電話番号(自宅) 03 - 5803 - 1823 申請日 令和3年●月●日

氏名(自署又は記名押印)	生年月日	児童との続柄	電話番号(携帯)	個人番号(マイナンバー)
フミノ イチロウ 文野 一郎	平成2年3月4日	父	111 - 1111 - 1111	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
フミノ ハナコ 文野 花子	平成3年4月5日	母	222 - 2222 - 2222	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

※ 通知書等の郵送先の宛名は、保護者①に記載した方となります。

本人(申込児童)から見た続柄を記入してください。

園児の属する世帯(※保護者を除く、同一生計の方全員を記入してください(対象児童を含む。))

申込児童に	氏名	生年月日	児童との続柄	年齢	性別	個人番号(マイナンバー)
<input checked="" type="checkbox"/>	フミノ ハジメ 文野 一	平成30年4月5日	本人	3	男	
<input type="checkbox"/>	フミノ フタバ 文野 双葉	令和2年3月4日	妹	2	女	
<input type="checkbox"/>	【世帯の状況】 ◆保護者以外の世帯全員を記入してください。 ◆在園児は左端の口にチェックを入れてください。					
<input type="checkbox"/>		年 月 日				
<input type="checkbox"/>		年 月 日				
<input type="checkbox"/>		年 月 日				

保護者以外のマイナンバーの記載は不要です。

認定種別	1号	<input checked="" type="checkbox"/>	該当児童が、施設の利用を開始する時点で3歳から5歳までであり、教育を希望する。
	2号	<input type="checkbox"/>	該当児童が、施設の利用を開始する年度の4月1日時点で3歳から5歳までであり、保育の必要性を有する。
	3号認定を受けるためには、以下の①、②両方に該当している必要があります。		
	3号	<input type="checkbox"/>	① 該当児童が、施設の利用を開始する年度の4月1日時点で0歳から2歳までであり、保育の必要性を有する。
		<input type="checkbox"/>	② 市区町村民税非課税世帯に該当する。

認可保育施設を申請しない方へ	認可保育施設の入所申請を行わなかった理由をチェック☑してください。		
	<input type="checkbox"/>	既に利用している幼稚園・認可外保育施設を継続して利用するため	
	<input type="checkbox"/>	認可保育施設が、自宅や職場から遠いなど地理的に希望に合っていないため	
	<input checked="" type="checkbox"/>	その他 (○○○○○○○○○)	

■裏面も併せて記載してください■

区記入欄	収受印

(裏)

(1) 保育を必要とする理由について、該当する理由に○を付けてください。

保育の利用を必要とする理由	保護者①	1 就労 2 就学 3 求職中 4 疾病・障害 5 看護・介護 6 妊娠・出産 7 その他 ()
	保護者②	1 就労 2 就学 3 求職中 4 疾病・障害 5 看護・介護 6 妊娠・出産 7 その他 ()

(2) 保育を必要とする理由について、詳細を記入してください。

		保護者①の状況 (児童との続柄:)		保護者②の状況 (児童との続柄:)	
就労 (内定)・就学	就労・就学先				
	就労形態 (就労のみ記載)	該当する就労形態に○を付けてください。 (常勤・非常勤・派遣・パート・自営・その他)		該当する就労形態に○を付けてください。 (常勤・非常勤・派遣・パート・自営・その他)	
	所在地				
	電話番号	(通勤・通学時間 分)		(通勤・通学時間 分)	
	正規の勤務・就学の時間等	週 日	時 分 ~ 時 分	週 日	時 分 ~ 時 分
	育児短時間勤務利用中の場合	週 日	時 分 ~ 時 分	週 日	時 分 ~ 時 分
	育児休業の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
求職中	前職の有無	<input type="checkbox"/> 前職なし	<input type="checkbox"/> 年 月 日退職	<input type="checkbox"/> 前職なし	<input type="checkbox"/> 年 月 日退職
	前職の勤務	週 日	時 分 ~ 時 分	週 日	時 分 ~ 時 分
病気・障害	病名			病名	
		年 月から入院・通院 (月 回)		年 月から入院・通院 (月 回)	
看護・介護	看護・介護の相手方氏名 ()			看護・介護の相手方氏名 ()	
	続柄 (配偶者・子・その他)			続柄 (配偶者・子・その他)	
妊娠・出産		年 月 日 予定		年 月 日 予定	
その他					

(3) 幼稚園、認定こども園、特別支援学校、認可外保育事業、幼稚園等が実施する預かり保育、一時預かり保育、病児保育、子育て援助活動支援事業などを利用する (予定を含む。) 方は、以下の欄に施設名を記入してください。

		利用児童①	利用児童②
		文野 一	
利用施設①	フリガナ	マルサンカクヨウチエン	
	施設名	○△幼稚園	
	所在地	〒●●-●● 電話 ●● (●●) ●●●● 東京都●●区●● ●丁目●番●号	〒 電話 ()
	利用開始日	令和 4年 4月 1日	年 月 日
	利用する施設の種類の種類	幼稚園 認定こども園・認可外・一時預かり保育・病児保育・子育て援助活動支援事業・その他 ()	幼稚園・認定こども園・認可外・一時預かり保育・病児保育・子育て援助活動支援事業・その他 ()
	利用形態	月極利用・1日単位の利用・1時間単位の利用・夜間保育・その他 ()	月極利用・1日単位の利用・1時間単位の利用・夜間保育・その他 ()
利用施設②	フリガナ	マルシカクギズルーム	
	施設名	○□キッズルーム	
	所在地	〒●●-●● 電話 ●● (●●) ●●●● 東京都●●区●● ●丁目●番●号	〒 電話 ()
	利用開始日	令和 4年 4月 1日	年 月 日
	利用する施設の種類の種類	幼稚園・認定こども園・認可外・一時預かり保育 病児保育・子育て援助活動支援事業・その他 ()	幼稚園・認定こども園・認可外・一時預かり保育・病児保育・子育て援助活動支援事業・その他 ()
	利用形態	月極利用・1日単位の利用・1時間単位の利用・夜間保育・その他 ()	月極利用・1日単位の利用・1時間単位の利用・夜間保育・その他 ()